

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

No. de teléfono (_____) _____ Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Sexo M F

Correo electrónico _____ Empleador _____

Marque una opción: El paciente es Empleado Cónyuge Dependiente Otro

Información del seguro: haga un círculo sobre el nombre del plan

Select Health Meritain PEHP UHC/UMR Wellmark BCBS Cigna Altius Aetna Sin seguro Otro _____.

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de póliza _____

- | | | |
|--|--|---|
| <p>Sí</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>No</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>¿Esta es la <u>primera vez</u> que recibe la vacuna antigripal?</p> <p>¿Ha habido algún problema grave con una vacuna antigripal anterior?</p> <p>¿Hoy ha tenido fiebre, escalofríos, fatiga, dolor muscular o corporal, dolor de cabeza, congestión, secreción nasal, dolor de garganta, tos, dificultad para respirar, pérdida del gusto u olor, náuseas o vómitos, o diarrea?</p> <p>¿Tiene alergia a los huevos, la gentamicina, la gelatina o la arginina?</p> <p>¿Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré?</p> |
|--|--|---|

Se me ha brindado y leído, o se me ha explicado, la información incluida en la Declaración de Información de la Vacuna (*Vaccine Information Statement, VIS*), las hojas informativas sobre la vacuna y/o el medicamento y sobre la enfermedad relacionada como se menciona a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que se respondieron a mi satisfacción. Considero que comprendo los beneficios y los riesgos de las vacunas y/o los medicamentos. Solicito que la persona mencionada, en nombre de la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud, reciba las vacunas y/o los medicamentos. Firma registrada del médico: Anthony Musci. N.º del NPI: 1205853173 Código del lugar del servicio: 11 OnSite Care Clinics 560 S. 300 E. Suite 275 SLC, UT 84111

Vacuna	Paciente Iniciales	Fecha	Fecha de la VIS	Dosis/RT	ICD-10	Lugar	N.º de lote	Fecha Vto.	Firma de MA	Fecha de seguimiento
Influenza: 36 meses a adulto CPT 90686-90471			08/15/19	0.5 cc IM	Z23		Colocar etiqueta	06/30/21		
Influenza: 6 a 35 meses CPT 90687-90471			08/15/19	0.25 cc IM	Z23		Colocar etiqueta	06/30/21		

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____