



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS DEPARTAMENTO DE SALUD DE FLORIDA DEL CONDADO DE ALACHUA

|                           |                           |                             |                    |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------|
| NOMBRE _____              | APELLIDO _____            | PRIMER NOMBRE _____         | INICIAL 2° _____   |
| SU EDAD HOY _____         | FECHA DE NACIMIENTO _____ | SEGURO SOCIAL _____         |                    |
| RAZA _____                | SEXO _____                | CONDADO DE RESIDENCIA _____ | TÉLEFONO ( ) _____ |
| DIRECCIÓN DE CORREO _____ |                           |                             |                    |
| CIUDAD _____              | ESTADO _____              | CÓDIGO POSTAL _____         |                    |

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

TIENE USTED ALERGIAS: \_\_\_\_\_

ESTOY SOLICITANDO LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA: SI ☐ NO ☐ ESTOY SOLICITANDO LA VACUNA DE NEUMONÍA SI ☐ NO ☐

"He leído ó me han explicado la información sobre la influenza/neumonía y las vacuna(s) contra la influenza/neumonía. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) de influenza/neumonía y pido que me la administren a mí o la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Certifico que la información que di en la solicitud de pago en conformidad con el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a la agencia indicada a entregar mi información médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o compañías aseguradoras para este o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Permiso que una copia de esta autorización sea usada en lugar de el original. Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Yo solicito que pagos hechos para los beneficios autorizados sean hechos en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago correspondiente. Entiendo que si soy miembro de un HMO ó Medicare que no es mi seguro médico primario, yo sere responsable de los cargos que no están debajo de la aseguranza de Medicare. Con mi firma, yo reconozco que he recibido un formulario de aceptación del Aviso de Practicas Privadas y Testimonio de Información de la Vacuna.

Firma del Cliente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si alguien aparte del cliente, escriba su nombre en molde: \_\_\_\_\_ Relación al cliente \_\_\_\_\_

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>***STAFF USE ONLY ***</b>   |                             |
| DATE VACCINATED: _____         | CLINIC SITE _____           |
| FLU VACCINE VIS 01/31/25 _____ | PNEUMONIA VACCINE VIS _____ |
| MFG/LOT # _____                | MFG/LOT# _____              |
| SITE/ROUTE LDT RDT IM IN _____ | SITE/ROUTE LDT RDT IM _____ |
| NURSE _____                    | NURSE _____                 |

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| <b>Client Label</b> | <b>Date</b> |
| Last Name _____     |             |
| First Name _____    |             |
| Date of Birth _____ |             |

|           |                |                                                                                                                                  |
|-----------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Appt Time | <b>Work Up</b> | <b>Cashier Only</b><br>Copay Paid Y N \$ _____<br>SFS Paid Y N \$ _____<br>Prev Bal Paid Y N \$ _____<br>No Payment Y N \$ _____ |
|           | IN _____       |                                                                                                                                  |
|           | Out _____      |                                                                                                                                  |

**Lab Orders**