

Formulario de información sobre el seguro contra la gripe y el pneumococo 2020-2021

Completar este formulario es necesario para cada uno de los beneficiarios de las vacunas. Si no hay información disponible sobre el seguro médico, por favor, complete la mayor cantidad posible de preguntas con la información existente

Nombre: (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)*	Fecha de Nacimiento: * ____/____/____ Mes Día Año	Edad*	Sexo: Másculino Femenino
Dirección:*			
Ciudad:*	Estado: *	Código Postal:*	Teléfono: * ()

Información del Seguro Médico: *Por favor, incluir el número completo de Identificación del Miembro así como cualquier letra que forme parte de dicho número*

Nombre de la Compañía Aseguradora:*	Número de Identificación del Miembro:*	Número de Identificación del Grupo (Si está disponible)
Número de Medicare:	¿Es Medicare Primario? Si No	¿Está el Suscriptor Jubilado?? Si No

Si la persona siendo vacunada no es el suscriptor o el titular de la póliza, por favor completar los siguientes campos:

Nombre del Suscriptor: (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)*	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: * ____/____/____ Mes Día Año	Sexo: (Encierre en un círculo)* Másculino Femenino
Dirección del Suscriptor: * (Si es diferente a la anterior)		
Ciudad:*	Estado:*	Código Postal: * Teléfono: * ()
Relación del Paciente con el Suscriptor: (Encierre en un círculo)* Esposa/o Hijo/a Otra:		

Do you permit me to bill for my / my company's insurance.

X _____ Fecha: 11/18/2020

(Firma del paciente, padre o tutor)

A. Las preguntas nos ayudarán a determinar si la persona a vacunar puede recibir la vacuna contra la influenza 2020-2021.	SI	NO
1. ¿Es la persona a vacunar alérgica a los huevos?		
2. ¿Es la persona a vacunar alérgica a gentamicina, neomicina, polimixina o gelatina?		
3. ¿Alguna vez la persona a ser vacunada tuvo una reacción seria a una dosis anterior de una vacuna?		
4. ¿Ha tenido alguna vez la persona que va a ser vacunada el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas de recibir la vacuna contra la gripe?		
B. Hay dos métodos de administración de la vacuna contra la influenza de la temporada 2020-2021, intramuscular intranasal.	SI	NO
1. ¿Se ha vacunado a la persona con alguna otra vacuna (no solo con la de la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha administrada: Mes _____ Día _____ Año _____		
2. ¿Tiene la persona alguna de las siguientes enfermedades: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad en los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?		
3. ¿Está la persona tomando aspirina a largo plazo o en una terapia que contiene aspirina? (por ejemplo, ¿toma su hijo aspirina todos los días)?		
4. ¿Tiene la persona un sistema inmune débil (por ejemplo, del VIH, cáncer o medicamentos como los esteroides o los utilizados para tratar el cáncer)?		
5. ¿Está la persona embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?		
6. ¿Tiene la persona contacto cercano con alguien que necesita atención en un entorno protegido (por ejemplo, alguien que se ha sometido recientemente a un trasplante de médula ósea)?		
7. ¿Es la persona que recibe la vacuna menor de 2 años de edad? ¿O mayor de 49 años de edad?		
8. Si su niño es menor de 5 años de edad, ¿Le ha comunicado a un proveedor de atención médica que su hijo tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?		

Formulario de información sobre el seguro contra la gripe y el pneumococo 2020-2021

Para niños de 18 años de edad y menores:

<p>Es elegible para el Programa de Vacunas para Niños (Vaccine for Children (VFC)):</p> <p><input type="checkbox"/> Está inscrito en Medicaid (incluye MassHealth y HMOs etc. si está inscrito a través de Medicaid)</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene Seguro Médico de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Es Indio Americano (Nativo Americano) o Nativo de Alaska</p> <p>No es VFC-eligible:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene Seguro Médico y no es Indio Americano (Nativo Americano) o Nativo de Alaska</p>
--

For Clinic/Office Use Only:

Date of Service	Vax Type	Vaccine Mfgr	State Supplied (Circle)	Preserv Free*	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS	Date VIS Given
	IIV4	GSK Flulaval	Yes State Supplied	Yes	BB74J	6/30/21	0.5	IM	R Arm L Arm R Leg L Leg	8/15/19	
	LAIV4	AstraZeneca	Yes State Supplied	Yes	MH2203	12/29/20	0.2	Intranasal	N/A	8/15/19	
	Flucelvax (ccIV4)	Seqirus	Yes State Supplied	Yes	276560	6/30/21	0.5	IM	R Arm L Arm	8/15/19	
	IIV4	GSK Fluarix	No	Yes	LB2K7	6/30/21	0.5	IM	R Arm L Arm	8/15/19	

Signature of Vaccine Administrator: _____