

NEVADA COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT - Immunization Record Spanish

Anthem Blue Cross MMC
 California Health & Wellness MMC
 Straight Medi-Cal
 Blue Shield EPO/PPO

Completar ambos lados de este formulario.

IZ Registration # _____

Fecha de nacimiento _____ **Edad** ___ Años ___ Meses **Sexo** _____ **Nombre de la madre** _____
 MM / DD / YY

Nombre _____ **# de Teléfono** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Código Postal** _____

Public Health Use Only

VFC STATE 317 County Purchased (PP)

VIS Sheet Given

Immunization Given	Lot #	VIS Date
LASq LD LT	Exp. Date	
RASq RD RT	PO	<input type="text"/>

Immunization Given	Lot #	VIS Date
LASq LD LT	Exp. Date	
RASq RD RT	PO	<input type="text"/>

Immunization Given	Lot #	VIS Date
LASq LD LT	Exp. Date	
RASq RD RT	PO	<input type="text"/>

Immunization Given	Lot #	VIS Date
LASq LD LT	Exp. Date	
RASq RD RT	PO	<input type="text"/>

Vaccine Not Given **Date** _____

Reason why: _____

RN Signature _____ **Initial** _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alguna enfermedad hoy? Antibióticos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Con una dosis previa de alguna vacuna ha sufrido Ud. alguna reacción grave? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido Ud. alguna reacción grave comiendo huevos, o tomando neomicina, estreptomycin, o thimevosal o gelatina? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido Ud. o alguien de su familia una convulsión, ataque, o problema con el sistema nervioso? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene Ud. u otra persona en su casa cáncer, leucemia, u otra enfermedad del sistema inmunológico? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted tiene asma? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta Ud. o están ellos tomando cortisona, prednisona, u otros esteroides o tratamientos de rayos equis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha recibido Ud. una inyección de gammaglobulina o una transfusión de sangre en los últimos tres meses? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha recibido Ud. vacunas en las ultimas 4 semanas? Cuales? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta Ud. embarazada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta Ud. amamantando al bebe? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido Ud. viruela? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Has recibido la inyección de refuerzo de la vacuna Tdap? |

Elegibilidad para VFC (Niños menores de 18 años)

La siguiente declaración nos ayudará a determinar si su hijo(a) puede recibir las vacunas a través del programa "Las vacunas para niños" (programa VFC).

Por favor marque lo que es aplicable para el niño recibiendo la vacuna:

- 1. es elegible para Medi-Cal, o (CHDP) Programa de la salud y prevención para niños discapacitados.
- 2. es **NO TIENE** seguro médico privado.
- 3. es Indio Americano o Nativo de Alaska.

Elegibilidad para 317 (Adultos de 19 años y más)

La siguiente declaración nos ayudará a determinar si usted puede recibir las vacunas a través del programa estatal de 317.

Por favor marque lo que es aplicable para el persona recibiendo la vacuna:

- 1. es **NO TIENE** seguro médico privado.
- 2. es insuficiente, el paciente tiene seguro de salud, pero
 - No cubre las vacunas, o
 - No cubre las vacunas certaiain, o
 - Cubre las vacunas con límite fijo en dólares que se ha alcanzado

Por favor lea y firme lo siguiente:

He recibido y leído una copia, o me han explicado la información contenida en el paquete informativo de vacunas, o me han dado la información importante apropiada acerca de las enfermedades y de las vacunas indicadas. He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Yo creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y requiero que me den las vacunas a mi o a la persona arriba mencionada por la que yo estoy autorizada a firmar. Entiendo que El Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada registra la información de vacunas en el Sistema de Registro de Vacunas de California. Por la presente autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada, a divulgar esta información al profesional de la salud (s), escuela (s) y el proveedor de seguros.

Nombre de la impresión (Padres/Guardián/Mismo) _____ **Firma** (Padres/Guardián/Mismo) _____ **Fecha** _____

NEVADA COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT - Immunization Record Spanish

Completar ambos lados de este formulario.

Financial Registration

VOUCHER CASH \$ _____ CHECK # _____ CREDIT CARD - (Attach copy of credit card authorization)

Responsible (si no es el paciente)

_____ Apellido _____ Primer nombre _____ Middle Initial _____ Cumpleaños (Month/Day/Year)

Por favor proporcione la siguiente información de contacto:

Misma como paciente

_____ Dirección

_____ Apt #

_____ Ciudad

_____ Estado

_____ Código Postal

_____ # de Teléfono

_____ # de Teléfono celular

Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada requiere que obtengamos los siguientes datos demográficos. Esta información es confidencial y nos permite ofrecer servicios de calidad.

Elija uno:

- Ethnic Group**
- Hispano
 - No-Hispanos
 - Desconocido

Selecciona una o más:

- Race**
- Asiática
 - Negro
 - Blanco
 - Desconocido
 - Nativo de Alaska
 - American Indian
 - Nativo de Hawaii
 - Islas del Pacífico

Elija uno:

- Gender**
- Hombre
 - Mujer
 - Transgénero M to F
 - Transgénero F to M

FINANCIAL INFORMATION (Required):

Tengo seguro de salud, por favor facturar a mi seguro médico (por favor seleccione el tipo y adjuntar la tarjeta)

Medi-Cal incluyendo Medi-Cal Managed Care Blue Shield PPO / EPO (**Única vacuna para adultos, en este momento**)

Actualmente aceptamos Medi-Cal y seguros de Blue Shield. Si usted no tiene ninguno de estos planes de seguro, aceptamos dinero en efectivo, cheque o tarjetas de crédito (VISA / MasterCard / Discover) para el pago. Hay una cuota de procesamiento de \$ 1.95 adicional para el uso de una tarjeta de crédito. Estamos en el proceso de contratación con los proveedores de seguros de salud adicionales. Si usted quisiera contratar con su plan de seguro en el futuro, por favor proporcione el nombre del proveedor de seguros aquí _____.

Yo entiendo que mi seguro de salud se facturará como una cortesía y soy responsable del pago de los cargos no pagados por mi seguro.

No tengo seguro de salud

Póliza de Contrato de no participación de Medicare

El Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada no factura a Medicare por ningún servicio.

“Con respecto a la decisión de no participar, el manual de la póliza de beneficios de Medicare; publicación 100-02, capítulo 15, sección 40.5; dice que, cuando un Doctor/practicante decide no ser parte de Medicare, Medicare no cubre ningún gasto proveído por el doctor o practicante y ningún pago de medicare puede ser hecho a ese doctor o practicante directamente o mensualmente. Adicionalmente, el beneficiario de medicare no puede ser reembolsado por artículos médicos o servicios proveídos directamente por el Doctor o practicante que ha decidido no ser parte del programa”.

Al firmar esta forma, entiendo que el Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada no factura a Medicare por los servicios que estoy recibiendo hoy. Entiendo que el dinero en efectivo que estoy pagando por los servicios de hoy, no puede ser reembolsado por Medicare, lo que significa que no voy a someter ninguna petición para ser reembolsado.

Admito que he recibido una copia de la nota de prácticas privadas del Condado de Nevada.

La información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

_____ Firma

_____ Fecha