

FORMA DE COSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN PARA UN EVENTO ESPECIAL

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Segunda inicial: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Sexo : M o F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular _____

Nombre del padre/Guardián legal: _____ Apellido de la madre: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Origen Étnico: Hispano / No Hispano / Desconocido **Raza** Blanca / Nativo americana / Negra / Nativo de Alaska
Asiática /Nativo de Hawái / Isla del Pacifico / Otra

Circule la información que aplique *Edades de 0 a 18 años solamente*

Medicaid / No seguro / Seguro /Nativo Americano / Nativo de Alaska

Información de Medicaid

Relacion al asegurado

Si mismo Esposo (a) Nino (a)

Nombre (Como aparece en la tarjeta) _____ # de Medicaid _____

Seguro principal

Compañía de Seguro: _____ Nombre del asegurado principal _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal: _____ Teléfono: _____

ID #: _____ Grupo : _____

Dirección del asegurado si es diferente a la que aparece arriba _____

POR FAVOR LEER Y MARCAR CON SUS INICIALES:

_____ El Departamento De Salud del Distrito Central enviará la factura a su compañía de seguros o a Medicaid.

_____ **SI USTED NO TIENE SEGURO** la administración le enviará directamente la factura.

_____ Necesita asistencia financiera. Número de personas que viven en la casa _____ Ingreso mensual _____

_____ Reconozco que fui dado una copia y yo he leído o me han explicado la nota de las Practicas de Privacidad de CDHD y Vacunas Poliza de Financiamiento de CDHD.

Para preguntas relacionadas con la factura, por favor llame a nuestro departamento financiero al 327-8594

For Office Use Only

Payment Category

Staff initials: _____

Insurance

Medicaid

Other

POR FAVOR DE COMPLETAR OTRO LADO

Las siguientes preguntas nos van a ayudar a determinar la clase de vacuna que usted debe recibir hoy. Si alguna pregunta no está clara, pídale explicación al proveedor de salud. Por favor circule SI o NO

¿El paciente está enfermo hoy?	SI	NO
¿Tiene el paciente alergias a alguna medicina, comida o alguna vacuna? (Por ejemplo: huevos) Por favor liste _____	SI	NO
¿Ha tenido el paciente alguna reacción seria después de recibir la vacuna? (Rutina o gripe)	SI	NO
¿Ha tenido el paciente el síndrome de Guillain-Barre (Un tipo de debilidad severa temporal de los músculos) ataques o desordenes neurológicos.	SI	NO
¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, problemas del sistema inmunológico, o tiene contacto cercano con una persona que necesite cuidado en un ambiente protegido(por ejemplo quien ha tenido un trasplante de la médula)?	SI	NO
¿Está el paciente tomando cortisona, prednisona, otros esteroides, medicinas para el cáncer o ha tenido tratamiento de radiografía? ¿Está recibiendo una terapia basada en aspirina? Dosis diaria de aspirina _____.	SI	NO
¿Ha recibido el paciente una transfusión de sangre o productos de sangre, o ha recibido una medicina llamada (gamma) globulina en el último año ? Si la respuesta es Si, cuándo? Mes _____ Dia _____	SI	NO
¿Ha recibido el paciente alguna vacuna como MMR (sarampión/ paperas / rubéola), varicela, gripe o cualquier otra en las últimas cuatro semanas ? Si la respuesta es SI, cuándo? Mes _____ Dia _____	SI	NO
¿Tiene el paciente cualquiera de los siguientes: asma, diabetes (o cualquier otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, corazón, hígado, riñones, nervios o sangre?	SI	NO
¿Ha tenido el paciente varicela? Si la respuesta es SI, ¿Cuándo? _____	SI	NO
Para las mujeres: ¿Esta usted embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo en el próximo mes?	SI	NO

PARA TODOS LOS CLIENTES: POR FAVOR LEER LA SIGUIENTE INFORMACION, ESCRIBIR SUS INICIALES, FIRMA Y FECHA.

_____ La participación y el retiro del registro de inmunización (IRIS) es voluntaria. Llame al programa de inmunización de Idaho al 208. 334.5931. para no hacer parte o retirarse del registro. Si usted no se retirara del IRIS por escrito, el record de inmunización de su hijo permanecerá guardado en el registro.

_____ Yo he leído, o se me ha explicado la información contenida en este paquete de declaración informativa concerniente a las vacuna (s) y entiendo los riesgos y beneficios. Yo doy mi consentimiento al Departamento De Salud Central del Distrito y a su personal para que mi hijo cuyo nombre está al frente de este formulario sea vacunado con ACIP las vacunas recomendadas.

(Si este formulario no es firmado, fechado y devuelto, su hijo no podrá ser vacunado)

Firma del cliente/guardián _____ *Relación al niño* _____ *Fecha* _____

(Para uso solamente de enfermeras)

Date: _____

Nurses Signature _____

VACUNAS

PÓLIZA DE FINANCIAMIENTO

El objetivo de nuestra clínica es para ofrecerle atención médica de calidad a un costo razonable. Departamento de Salud del Distrito Central **no es una clínica gratuita**. Algunas tarifas se ofrecen en una escala móvil basada en ingresos y tamaño de la familia. Para que siga siendo asequible, depende de usted para hacer los pagos del sistema de servicios. En un esfuerzo por hacer esto, hemos implementado una PÓLIZA DE FINANCIAMIENTO. Esta PÓLIZA DE FINANCIAMIENTO comparte la responsabilidad entre todos nuestros clientes. *Al escribir sus iniciales en el formulario de Inmunización Eventos Especiales, usted reconoce que ha leído, entendido y está de acuerdo con estos términos.*

Entiendo al Departamento de Salud del Distrito Central

- No se negaran los servicios por no poder pagar
- Acepta dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito, Medicaid y seguros privados
- Ofrece un plan de pago. Pagos menos de \$30.00 en tres meses resultaran en una agencia de colección.
- Continuaran dándome los servicios aun cuando tenga un balance de la cuenta
- No cobran por las vacunas, salvo el VPH y la tuberculosis (por favor preguntar acerca de las excepciones)
- Cargos administrativos por cada vacuna

Compañías de seguros privados y/o Medicaid: Por favor, lea la siguiente información que será importante para usted si usted está actualmente cubierto por una empresa privada de seguro medico y/o Medicaid.

- Por favor provea su seguro y/o tarjeta Medicaid información sobre el formulario de Inmunización Eventos Especiales para que el personal pueda mandar la cuenta su seguro.
- El Departamento de Salud del Distrito Central le factura a su proveedor de seguros de salud por usted para que y el pago pueda llegar directamente al Departamento de Salud.
- **Usted es responsable por todos los servicios que no sean pagados por el seguro medico incluyendo el deducible y pago compartido (co-pago).**
- Su información médica, necesaria para procesar su reclamo, se le proporcionaran a su proveedor de seguro medico.
- No somos un proveedor de Medicare y no podemos facturar a Medicare por los servicios.
- **Al usted aceptar los servicios que se le han proveído hoy, usted está de acuerdo que es el responsable por todos los cargos que no sean pagados por su compañía de seguros.**
- Después de recibir la explicación de beneficios de su compañía de seguros o después de recibir el cobro de parte de nosotros, por favor llámenos al (208)327-8594 si tiene alguna pregunta acerca del balance de su cuenta.

Notificación de las Reglas de Privacidad Practicadas por el Departamento de Salud del Distrito Central

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL, CON RESPECTO A SU SALUD Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

1. Es permitido que el Departamento de Salud del Distrito Central use y divulgue informacion medica confidencial, para tratamiento, pago y operaciones de funcionamiento de cuidados de salud incluyendo, pero no limitado a aquellos indicados en los siguientes ejemplos.
 - a. Para tratamiento - Por ejemplo su informacion de salud confidencial, sera usada cuando se comparte registros de vacunas con otro proveedor de salud para determinar que vacunas son necesarias al momento de dar atencion medica.
 - b. Para pagos - Por ejemplo, su informacion de salud confidencial, sera usada de acuerdo a como sea necesario, para obtener pagos del seguro medico, de Medicaid y Medicare, por la atencion medica que usted recibio.
 - c. Para el funcionamiento de cuidados de salud - Por ejemplo, su informacion de salud confidencial, sera usada para apoyar actuales operaciones de funcionamiento de cuidados de salud, tales como auditoria de carpetas, calidad y seguridad de actividades.
2. Bajo circunstancias especificas, es permitido y requerido que el Departamento de Salud del Distrito Central, use y divulgue la informacion de salud confidencial, sin necesidad de su autorizacion por escrito. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a aquellos arriba mencionados y tambien se requiere reportar situaciones de abuso infantil y enfermedades contagiosas.
3. Otros usos y divulgaciones seran realizados solo con su autorizacion por escrito, y usted puede revocar esta autorizacion.
4. El Departamento de Salud del Distrito Central, tiene el proposito de realizar las siguientes actividades:
 - a. Es posible que el Departamento de Salud del Distrito Central, se comuniquen con usted para recordarle sus citas y informarle acerca de tratamientos alternos u otros beneficios relacionados a la salud y servicios que pueden ser de su interes.
5. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la informacion de salud confidencial:
 - a. El derecho de pedir restriccion en ciertos usos y divulgaciones de la informacion de salud confidencial. Sin embargo, no se requiere que el Departamento de Salud del Distrito Central este de acuerdo con la petition de restriccion.
 - b. El derecho de recibir comunicaciones confidenciales de la informacion de salud, de acuerdo a como sea aplicable.
 - c. El derecho de inspeccionar y copiar la informacion de salud confidencial, tal como esta previsto en las reglas de privacidad.
 - d. El derecho de enmendar la informacion de salud confidencial, tal como esta previsto en las reglas de privacidad.
 - e. El derecho de recibir una explicacion de divulgaciones, de la informacion de salud confidencial.
 - f. El derecho de obtener una copia de esta notificacion cuando la solicite al Departamento de Salud del Distrito Central. Este derecho se extiende a individuos que han estado de acuerdo con recibir la notificacion por via electronica.
6. Por ley, se requiere que el Departamento de Salud del Distrito Central mantenga la privacidad de la informacion de salud confidencial, y le proporcione la notificacion de las reglas de privacidad y sus deberes legales con respecto a la informacion de salud confidencial.
7. Es requerido que el Departamento de Salud del Distrito Central cumpla los terminos de la notificacion actualmente en efecto.
8. El Departamento de Salud del Distrito Central, se reserva el derecho de cambiar los terminos de esta notificacion. Las estipulaciones en la nueva notificacion seran efectivas para todas las informaciones de salud confidenciales.
9. El Departamento de Salud del Distrito Central, le enviara por correo una notificacion actualizada.
10. Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar su reclamo en el Departamento de Salud del Distrito Central, a la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos, sin temor a represalias de parte de la organization.
11. La persona de contacto del Departamento de Salud del Distrito Central, para casos relacionados con reclamos es:
 - a. Lorraine Fortunati, Administrador de Servicios de Salud Preventiva, 208-327-8618, Departamento de Salud del Distrito Central, 707 N Armstrong Place Boise, Idaho 83704
12. Esta notificacion entra en efecto el 14/4/03.

