



Franciscan Healthcare

TRAIGA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO ACTUAL

TARJETA DE SEGURO

___ Foto
___ Copia

PACIENTE (utilice el nombre legal)

Nombre (apellido) _____ (primer) _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad ___ Sexo ___ Seguro Social # _____
Estatus Marital ___ Nombre de cónyuge _____ Fecha de Nacimiento ___
Raza _____ Idioma: Español Inglés Otro _____
Dirección (Física, PO Box) _____
(Ciudad, Estado, Código Postal) _____
Teléfono (Casa) _____ (Celular) _____
Correo Electrónico _____

EMPLEO DEL PACIENTE (circule) Tiempo Completo Tiempo Parcial Cuenta Propia

Nombre de Empleador/ Nombre de Negocio _____
Dirección (Física, PO Box) _____
(Ciudad, Estado, Código Postal) _____
Teléfono (Principal) _____
Nombre de contacto (Si Compensación de trabajadores) _____

GARANTE (utilizar nombre legal) Relación de garante con el paciente _____

Nombre (último) _____ (primero) _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Seguro Social - _____
Dirección (Física, PO Box) _____
(Ciudad, Estado, Código Postal) _____
Teléfono (Inicio) _____ (Celular) _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL ASEGURADOR

Asegurado _____
Nombre de empleador/ Nombre de Negocio _____
Dirección (Física, PO Box) _____
(Ciudad, Estado, Código Postal) _____
Teléfono (principal) _____



Franciscan Healthcare

INFLUENZA VACCINATION FORMULARIO DE EVALUACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Doctor: _____

¿Ha recibido una vacuna antigripal en los últimos 30 días? Si _____ No _____

(En caso afirmativo, no se indica la vacunación. Si no, continúe la evaluación de contraindicaciones.)

¿Alguna vez has tenido una reacción grave (anafiláctica) a una vacuna contra la gripe?

Si _____ No _____

¿Es alérgico a los huevos o productos de huevo, a los productos que contienen timerosal (solución de lentes de contacto con los ojos) o a los productos que contienen mercurio?

Si _____ No _____

¿Tiene actualmente una enfermedad con fiebre? Si _____ No _____

Consentimiento para la inyección de gripe:

La información sobre la declaración de la vacuna contra la gripe estaba disponible para mí. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna se me administrara a mí o a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema con esta vacunación. Franciscan Healthcare facturará a su compañía de seguros. Autorizo el pago directo de beneficios a Franciscan Healthcare. Seré responsable de todo el saldo no desembolsado de la reclamación en la medida permitida por la ley.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____