



Enfermera visitante Asociación de GREater St. Louis Vna

Consentimiento para tratar/asignación/liberación

Información del paciente

First Name MI Last Name

Address Number Street Name Sex M/F

City State Zip Code

Age Date of Birth Area Code Phone Number

Correo electrónico (opcional)

Race Ethnicity Insurance Card Cash Aetna Blue Cross Blue Shield Cigna Coventry HealthLink Humana Medicaid VFC Eligibility Status Nombre del suscriptor Suscriptor DOB Relación Seguro Número de identificación

iNiciales He leído y me han ofrecido recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad antes de los servicios, y he tenido la oportunidad de hacer que mis

Vacunas su niño puede Reciba Hepatitis B Polio DTaP (Diphtheria-Pertussis-Tetanus) Varicella MMR (Measles-Mumps-Rubella)

Reconocimiento de historial médico Ninguna reacción alérgica potencialmente mortal a una dosis anterior de la vacuna (s) seleccionada anteriormente, incluyendo los antibióticos neomicina, estreptomycin o polimixina B • ninguna alergia potencialmente mortal a la levadura o cualquier otro componente de la vacuna • No moderadamente o gravemente enfermo • No embarazado • el inmune comprometido o los que están recibiendo terapia inmune represiva pueden no tener la respuesta inmune esperada • Para DTaP vacuna, hable con su médico si el niño tiene fiebre de 105 ° F, gritó sin parar durante 3 horas o más, sufrió una enfermedad del cerebro o del sistema nervioso en el plazo de 7 días o tuvo una convulsión o se derrumbó después de una dosis de DTaP • Si obtener un Hepatitis B vacuna, se le puede pedir que Esperar 28 días para donar sangre • Para Mmr Y Varicela vacuna, notifique al personal si el paciente ha recibido otra vacunación en las últimas 4 semanas, ha tenido recientemente una transfusión o ha recibido otros productos sanguíneos o tiene tuberculosis.

Divulgación de información Autorizo a VNA a que libere todos los registros e información concerniente a mi vacunación a mi Escuela, a cualquier pagador de terceros, a cualquier otro proveedor de servicios de salud y a cualquier agencia gubernamental federal o estatal, a los efectos de obtener el pago o de facilitar el cumplimiento de la ley.

Asignación de beneficios Reconozco que VNA Puede No Ser un proveedor para mi seguro y Puede no presentar una reclamación por reembolso. También reconozco que, incluso con un recibo pagado, es posible que no se garantice el reembolso. Acepto pagar la (S) cantidad (es) no pagada o si mis cargos son denegados por cualquier razón. Acepto pagar todos y cada uno de los gastos de cobro incluyendo honorarios de abogado y costos de la corte, si esta cuenta es enviada a un bufete de abogados externo o agencia para cobros.

Reconocimiento He leído y me han ofrecido a recibir una copia de la declaración de información sobre vacunas Tornillos* antes de mi vacunaciones. Entiendo todos los riesgos y beneficios involucrados y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. • Acepto permanecer en el área general durante 15 minutos después de recibir mi vacunación para asegurarme de que no se produzcan reacciones inmediatas. Entiendo que si experimento algún efecto secundario, será mi responsabilidad seguir con mi médico a costa mía. Las reacciones locales pueden incluir enrojecimiento, hinchazón o dolor en el lugar de la inyección. Las reacciones generales pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, síntomas similares a la gripe, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de espaldaErupción e insomnio. Las reacciones graves pueden incluir Guillain-BarrY Síndrome AnafilisisConvulsiones y la muerte. La lista de reacciones no es todo incluido, refiérase a vis. • Por la presente libero y retengo Inofensivo Visiting Nurse Associatesen el gran St. Louis, su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, oficiales, directores, contratistas, Voluntarios y empleados, de cualquier y todos los pasivos o reclamaciones ya sean conocidas o desconocidas que surjan de, o en relación con, o en cualquier forma relacionada con la administración de la o las vacunas enumeradas arriba.

Consentimiento para recibir la vacuna I have read this consent and I authorize VNA to give the selected vaccine(s) to me or to the person named above for which I am authorized to sign. Fecha firma de la persona, padre o tutor legal que recibe la vacuna/relación con el paciente

Sólo para uso clínico. No escriba debajo de esta línea.

ID clínica #

*VIS: Multi: Hepatitis B, DTap, Polio(Rev.11/5/15), MMR (Rev.2/12/18), Varicella (Rev.3/13/08)

Parents - Fill Out Shaded Portions

Over
314-918-7171



Sólo para uso clínico

Nombre de los pacientes: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medical Questions:

Is patient pregnant? Yes or No

Is child running a fever today? Yes or No

Hepatitis B Route IM Body Site RD LD Dose 1 2 3 Lot Given: _____
GskEngerixB

VNA de la enfermera firma _____

Fecha: _____

Enfermera de la escuela: _____

para verificar que las vacunas son

necesarias

DTap Route IM Body Site RD LD Dose 1 2 3 4 5 Lot Given: _____
GskInfranrix

VNA de la enfermera firma _____

Fecha: _____

Enfermera de la escuela: _____

para verificar que las vacunas son

necesarias

Polio Route IM Body Site RD LD Dose 1 2 3 4 Lot Given: _____
(Sanofi-Pasteur-IPOL)

VNA enfermera firma _____

Fecha: _____

Enfermera de la escuela: _____

para verificar que las vacunas son

necesarias

MMR Route SQ Body Site RD LD Dose 1 2 Lot Given: _____
(Merck-MMRII)

VNA de la enfermera firma _____

Fecha: _____

Enfermera de la escuela: _____

para verificar que las vacunas son

necesarias

Varicela Itinerario sq Body site Rd LD
(MerckVarivax)

Dosis 1 2

Lote dado: _____

VNA de la enfermera firma _____

Fecha:

Enfermera de la escuela: _____

para verificar que las vacunas son

necesarias