



Hoja de Información del Paciente

C	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VFC		Payment

Información del paciente (por favor escriba legiblemente)

Nombre legal del **paciente**: _____

Nombre preferido _____ Nombre de Soltera/Nombre anterior _____

Fecha de nacimiento del **paciente**: _____ Edad del **paciente**: _____

Género del **paciente** al nacer: Masculino Femenino

Domicilio del **paciente**: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del **paciente**: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Raza Del **Paciente**: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico Negro o Afroamericano
 Hawaiano u otras Islas del Pacifico Blanco Otro _____

Si el **Paciente** es menor de 18 años provea la siguiente información

Nombre del Padre, Madre o Tutor Legal del **Paciente**: _____

Fecha de Nacimiento del Padre, Madre o Tutor Legal del **Paciente**: _____

Relación al **Paciente**: _____

Información de Seguro Médico: (Favor de imprimir) *Tenga su Tarjeta lista*

Nombre de Compañía de Seguro Médico: _____

Número de Póliza: _____

Nombre del **Dueño de la Póliza**: _____

Fecha de nacimiento del **Dueño de la Póliza**: _____

Dirección del **Dueño de la Póliza**: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación con del **Dueño de la Póliza**: _____

Número telefónico del **Dueño de la Póliza**: (_____) _____ - _____

**** POR FAVOR DAR LA VUELTA PARA COMPLETAR ****

Información de Seguro Médico

Mi estado actual de seguro médico es:

No Asegurado. El paciente no tiene seguro médico.

Asegurado. Paciente tiene seguro médico.

X _____

Firma del cliente (del Padre o Madre/ guardián/Representante)

Fecha

HIPAA

Yo reconozco que puedo solicitar una copia del Departamento de Salud de Bear River Notificación de Práctica de Privacidad para Información Protegida (Notificación) el cual he leído o revisado cuidadosamente y reconozco mis derechos para una descripción más completa para uso potencial, divulgación, petición o adquisición de esta información de salud protegida por el Departamento de Salud.

Yo reconozco que el Departamento de Salud se reserva el derecho de cambiar los términos de su notificación, en cualquier momento, si el Departamento de Salud cambia los términos de su notificación. Yo reconozco que tengo el derecho de obtener una nueva copia de la Notificación en cualquier Departamento de Salud.

X _____

Firma del cliente (del Padre o Madre/ guardián/Representante)

Fecha

Consentimiento Para Servicios

Yo reconozco que puedo solicitar información acerca de la vacuna que estoy recibiendo hoy. Tendré la oportunidad de hacer preguntas que serán contestadas a mi satisfacción, para entender los beneficios y riesgos de la vacuna.

X _____

Firma del cliente (del Padre o Madre/ guardián/Representante)

Fecha

¿Es alérgico a los huevos? Sí No

For Office Use Only:

Payment Method: (Circle One) Cash Check Charge Amount Collected: \$ _____

Employer Billing: _____

Flu Lot: _____ Site: _____

Covid Lot: _____ Site: _____

Other Lot: _____ Site: _____

Nurse Initials: _____