

Consentimiento del Departamento de Salud de Indiana
2 N Meridian, Indianapolis, IN 46204

Complete lo siguiente para la persona que está siendo vacunada

Nombre del paciente: Primero _____ Medio _____ Último _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ Sexo F M

CHIRP ID _____ (Sólo uso de Office)

Origen étnico: Hispánico /Latino No hispano/Latino

Raza: (Compruebe todo lo que se aplica) Indio americano/nativo de Alaska Asiático

Negra Nativo hawaiano/isleño del Pacífico Blanco Desconocido

Número de teléfono (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Cremallera: _____

Nombre completo del padre/tutor _____

Estado del seguro

SIN SEGURO CON SEGURO INSUFICIENTE INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA

MEDICAID

Compañía: _____ Número de Medicaid: _____ No sé

SEGURO PRIVADO O COMERCIAL (NO MEDICAID)

Compañía de seguros: _____

Identificación de la póliza de seguro: _____

Número de grupo _____ (Si se aplica uno)

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____

Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

Consentimiento del Departamento de Salud de Indiana
2 N Meridian, Indianapolis, IN 46204

Consentimiento

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud personal o la de mi hijo con el propósito de las operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguradora (si está asegurado) enumerados anteriormente a VaxCare por los servicios prestados.

Consentimiento para el uso de información de salud protegida y asignación de reclamos: Por la presente, consiento y acuso recibo un Aviso de prácticas de privacidad con respecto al uso y la divulgación de mi información de salud personal con el propósito de las operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguradora enumerados anteriormente a VaxCare asociados con los servicios contemplados en este documento. Vacuna

Autorización: Mi firma en este formulario indica que he solicitado que la vacuna que se indica a continuación sea administrada a mí o a mi dependiente por un representante de VaxCare. Exime a VaxCare, el socio de VaxCare, la persona administradora y el personal de cualquier responsabilidad por cualquier reacción que ocurra. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio por jurado, en la medida máxima permitida por la ley, para cualquier reclamo o acción que surja de o esté relacionada con este servicio, y que cualquier reclamo o acción se determine únicamente de forma individual a través del arbitraje de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendremos derecho a unirnos o consolidar reclamos en arbitraje por o contra otras personas o entidades, o arbitrar cualquier reclamo como miembro representativo de una clase o en capacidad de abogado privado general. En el caso de la exposición ocupacional, VaxCare tiene el permiso del paciente para la análisis de sangre para la seguridad del paciente y del empleado por igual. He leído o me he explicado la información de la(s) Declaración(es) de información sobre vacunas y comprendo los riesgos (incluidas las reacciones adversas) y los beneficios de la(s) vacuna(s). Si doy mi consentimiento para otro, tengo la autoridad legal, basada en mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar su consentimiento a esta(s) administración de vacunas.

Doy mi consentimiento para que yo / mi hijo sea vacunado con todas las vacunas recomendadas que se deben en este momento. Si quiero rechazar alguna vacuna específica, llamaré al 317-519-2079 o enviaré un correo electrónico: mLAYMAN@ISDH.IN.GOV

Vacunas que se pueden administrar según su historial de vacunación: DTaP, Tdap, Hepatitis A, Hepatitis B, HIB, Polio, Rotavirus, Neumococo, Influenza, MMR, Virus del Papiloma Humano, Meningitis, Varicela, Influenza, COVID-19

Consentimiento del Departamento de Salud de Indiana
2 N Meridian, Indianapolis, IN 46204

Firma: X _____ Date: _____

Se requiere la firma de los padres/tutores si es menor de 18 años