

Servicios de Salud del Condado Collin – Clínica de Inmunizaciones –
Solicitud de Elegibilidad para Adultos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|--|---------------------|--------------------------------|
| Apellido: | Nombre: | | Segundo Nombre: |
| Fecha de Nacimiento: Mes Día Año | Género: Masculino Femenina | | Teléfono de Contacto: |
| Número de Seguro Social # - Últimos 4 (o no aplicable): | | Correo Electrónico: | |
| Dirección | | No. de Apto: | Ciudad: |
| Estado: | Código postal: | Condado: | Nombre de Soltera de la Madre: |
| Raza: | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / India Americano (ver más abajo) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Etnicidad: | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | | |
| ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o en las Fuerzas Militares de Texas, sin importar la duración del servicio o el tipo de baja? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | | |

Información Importante para Exmiembros del Servicio Militar:

Si usted es una mujer adulta que sirvió en las fuerzas armadas, puede tener derecho a servicios adicionales. Por favor visite el sitio web del Programa de Mujeres Veteranas de TVC en <https://tvctexas.gov/women> y el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov>.

| TODAS LAS EDADES CON SEGURO - ELEGIBILIDAD DE PAGO PRIVADO - DECLARO QUE EL PACIENTE ES: | | TODAS LAS EDADES CON SEGURO |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> | I Asegurado: el seguro del paciente cubre vacunas. Insurance Name: _____ Phone#: _____ Policy#: _____ | Los precios y la disponibilidad varían, consulte al personal para obtener ayuda |
| ADULTOS MAYORES DE 19 AÑOS - ELEGIBILIDAD DE ASN - DECLARO QUE EL PACIENTE ES: | | ADULTOS MAYORES DE 19 AÑOS: Tarifa de Administración de Vacunas Elegible para ASN |
| <input type="checkbox"/> | No Asegurado: no tiene seguro médico | \$20 Cada Vacuna |

RECONOCIMIENTOS

Al firmar este formulario, el solicitante o representante legal, autoriza a CCHCS o su representante autorizado, a presentar un reclamo de reembolso y cobrar el pago por cualquier beneficio, servicio o asistencia que haya recibido. El paciente/padre/tutor, CCHCS (o representante autorizado), según corresponda, presentará el reclamo y cobrará el pago de cualquier compañía de seguros de salud privada o grupal, Medicaid, Medicare o cualquier plan de salud que cubre al solicitante. La declaración que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto proveer al personal de elegibilidad cualquier información necesaria para probar las declaraciones sobre la elegibilidad del solicitante. Entiendo que dar información falsa podría resultar en la descalificación y el reembolso.

Entiendo que, como parte de las prestaciones de servicios de atención médica, el Condado de Collin crea y mantiene registros médicos y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial médico y de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el futuro tratamiento. Me han proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que el condado de Collin se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas con respecto al uso y divulgación de información de salud. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para tratamiento y pago de operaciones de atención médica, pero que el Condado de Collin no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.

| Nombre de la Persona que Completó la Solicitud (coincide con la identificación) | Firma de la Persona que Completó la Solicitud | Relación con el Paciente | Fecha |
|---|---|--------------------------|-------|
| | | | |

| FOR OFFICE USE ONLY—VACCINATIONS REQUESTED | | | | FOR OFFICE USE ONLY—PAYMENT DETAILS |
|---|-----------------------|---|--|--|
| PP Vaccines | | | | |
| ASN Vaccines | | | | |
| \$_____ TOTAL PAID BY: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CASH <input type="checkbox"/> CHECK | | | | |
| Infectious Disease Screening? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Clerk Initials: _____ | Medical Home Packet? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |

HISTORIAL MÉDICO Y VERIFICACIÓN DE DETECCIÓN DE CONTRAINDICACIONES PARA LAS VACUNAS

| | |
|--|-----------------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS (PACIENTE) | FECHA DE NACIMIENTO |
| | Mes DÍA AÑO |

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: **NO** OFRECEMOS LAS SIGUIENTES VACUNAS PARA VIAJES: ÁNTRAX, CÓLERA, ENCEFALITIS JAPONESA, VIRUELA, TIFOIDEA Y FIEBRE AMARILLA. SI ESTÁ INTERESADO EN RECIBIR UNA VACUNA PARA VIAJES, HABLE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NOS AYUDARÁN A DETERMINAR QUÉ VACUNAS PUEDE SER APLICADA HOY A LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS. SI RESPONDE "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA, NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS NO DEBE SER VACUNADA. SÓLO SIGNIFICA QUE PUEDEN SER NECESARIAS PREGUNTAS ADICIONALES. SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CLARA, HABLE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

| PREGUNTAS | Comentarios | |
|--|------------------------------|---|
| 1. ¿Tiene el paciente alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de vacunas o al látex? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido el paciente una reacción grave a alguna vacuna en el pasado? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Si la paciente está en edad fértil, ¿cuándo fue el primer día de su último período menstrual? (por favor especifique en los comentarios) | N/A <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿La paciente está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene el paciente un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, falta de bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿El paciente está en terapia de aspirina a largo plazo o está tomando anticoagulantes? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Le han dicho a la persona que recibe la vacuna que tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez se le dijo a la paciente o tuvo invaginación intestinal (obstrucción intestinal) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido el paciente, su hijo, hermano o padre alguna vez una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré)? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. En los últimos 3 meses, ¿el paciente ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, Enfermedad de Crohn o psoriasis? ¿O el paciente ha recibido algún tratamiento de radiación? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. Durante el año pasado, ¿recibió el paciente una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le administraron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿El paciente ha tenido la enfermedad de Varicela? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> Si es así, ¿qué edad? |

Para todas las mujeres en edad fértil: Al firmar a continuación, reconozco y entiendo que si recibo alguna vacuna con virus vivos durante mi visita, debo practicar el método anticonceptivo de mi elección durante las próximas cuatro semanas después de recibir cualquier vacuna viva.

Las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa podría provocar lesiones graves o incluso la muerte. Reconozco y acepto que firmar esta lista de verificación de detección de contraindicaciones para las vacunas es un acto voluntario de mi parte y que he firmado este documento por mi propia voluntad y acto.

| Nombre en letra de la Persona que Completó la Solicitud | Firma de la Persona que Completó la Solicitud | Relación con el Paciente | Fecha |
|---|---|--------------------------|-------|
| | | | |

FOR OFFICE USE ONLY

| | |
|------------------|------|
| Form Reviewed By | Date |
|------------------|------|

Notes: _____

Servicios de Salud del Condado Collin – Clínica de Inmunizaciones – Solicitud de Elegibilidad para Niños

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | |
|--|--|--|
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: |
| Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA): | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Teléfono de Contacto: |
| Número de Seguro Social # - Últimos 4 (o no aplicable): | | Correo Electrónico: |
| Apellido de Soltera de la Madre: | | |
| Dirección: | | No. de Apto: Ciudad: |
| Estado: | Código postal: | Condado: Nivel Escolar: |
| Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indígena Americano (Ver Abajo) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | | ¿El paciente tiene un médico de cabecera (hogar médico)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si el paciente es menor de 18 años, indique el nombre del padre/madre o tutor: _____ (Apellido del Padre/Madre o Tutor) (Nombre del Padre/Madre o Tutor) | | |

TODAS LAS EDADES CON SEGURO MÉDICO - ELEGIBILIDAD PARA PAGO PRIVADO - DECLARO QUE EL PACIENTE ES:

TODAS LAS EDADES CON SEGURO MÉDICO

| | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Asegurado: El seguro privado/comercial del paciente cubre las vacunas. (Si tiene Medicaid o CHIP, no seleccione esta casilla.) Nombre del Seguro: _____ Teléfono: _____ Número de Póliza: _____ | Los precios y disponibilidad pueden variar. Consulte con los recepcionistas para obtener ayuda. |
|--------------------------|---|---|

NIÑOS DE 0 A 18 AÑOS – ELEGIBILIDAD PARA TVFC DECLARO QUE EL PACIENTE ES:

INFORMACIÓN DEL HOGAR PARA NIÑOS DE 0 A 18

| | | | |
|--------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Sin seguro médico: El paciente no tiene seguro de salud. | ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Inscrito en Medicaid – Número de Póliza de Medicaid: _____ Fecha de Elegibilidad: _____ | Ingreso Mensual | Tarifa de Administración de Vacunas Elegibles de TVFC |
| <input type="checkbox"/> | Inscrito en CHIP – Número de Póliza de CHIP: _____ Fecha de Elegibilidad: _____ | <input type="checkbox"/> \$0 - \$1,335 | \$Sin Costo |
| <input type="checkbox"/> | Indígena Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> \$1,336 - \$2,025 | \$5 Cada Vacuna |
| <input type="checkbox"/> | Infraasegurado: El seguro privado/comercial del paciente solo cubre ciertas vacunas. Nombre del Seguro: _____ Teléfono: _____ Número de Póliza: _____ | <input type="checkbox"/> \$2,026 - \$2,715 | \$10 Cada Vacuna |
| <input type="checkbox"/> | Infraasegurado: El paciente tiene seguro médico, pero la cobertura no incluye vacunas. Nombre del Seguro: _____ Teléfono: _____ Número de Póliza: _____ | <input type="checkbox"/> \$2,715+ | \$13 Cada Vacuna |

RECONOCIMIENTOS

Al firmar este formulario, el solicitante o representante legal, autoriza a CCHCS o su representante autorizado, a presentar un reclamo de reembolso y cobrar el pago por cualquier beneficio, servicio o asistencia que haya recibido. El paciente/padre/tutor, CCHCS (o representante autorizado), según corresponda, presentará el reclamo y cobrará el pago de cualquier compañía de seguros de salud privada o grupal, Medicaid, Medicare o cualquier plan de salud que cubre al solicitante. La declaración que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto proveer al personal de elegibilidad cualquier información necesaria para probar las declaraciones sobre la elegibilidad del solicitante. Entiendo que dar información falsa podría resultar en la descalificación y el reembolso.

Entiendo que, como parte de las prestaciones de servicios de atención médica, el Condado de Collin crea y mantiene registros médicos y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial médico y de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el futuro tratamiento. Me han proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que el condado de Collin se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas con respecto al uso y divulgación de información de salud. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para tratamiento y pago de operaciones de atención médica, pero que el Condado de Collin no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.

| Nombre de la Persona que Completó la Solicitud (coincide con la identificación) | Firma de la Persona que Completó la Solicitud | Relación con el Paciente | Fecha |
|--|---|--------------------------|-------|
| | | | |

FOR OFFICE USE ONLY—VACCINATIONS

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| PP Vaccines | | | | | |
| VFC Vaccines | | | | | |

FOR OFFICE USE ONLY—PAYMENT DETAILS

\$ _____ TOTAL PAID BY: CC CASH CHECK

Infectious Disease Screening? Clerk Initials: Medical Home Packet?
 Yes No Yes No

HISTORIAL MÉDICO Y VERIFICACIÓN DE DETECCIÓN DE CONTRAINDICACIONES PARA LAS VACUNAS

| | |
|---|----------------------------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS (PACIENTE) | FECHA DE NACIMIENTO |
| | MES DÍA AÑO |

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Nosotros **NO** ofrecemos las siguientes vacunas para viajes: Ántrax, Cólera, Encefalitis Japonesa, Viruela, Tifoidea Y Fiebre Amarilla. Si está interesado en recibir una vacuna para viajes, hable con su proveedor de atención primaria.

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas puede ser aplicada hoy a la persona que recibe las vacunas. Si responde "Sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que la persona que recibe las vacunas no debe ser vacunada. Sólo significa que pueden ser necesarias preguntas adicionales. Si alguna pregunta no es clara, hable con su proveedor de atención médica.

| PREGUNTAS | COMENTARIOS | |
|--|-----------------------------|---|
| 1. ¿Tiene el paciente alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de vacunas o al látex? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido el paciente una reacción grave a alguna vacuna en el pasado? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Si la paciente está en edad fértil, ¿cuándo fue el primer día de su último período menstrual? (por favor especifique en los comentarios) | | N/A <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿La paciente está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene el paciente un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, falta de bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿El paciente está en terapia de aspirina a largo plazo o está tomando anticoagulantes? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Le han dicho a la persona que recibe la vacuna que tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez se le dijo a la paciente o tuvo invaginación intestinal (obstrucción intestinal) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido el paciente, su hijo, hermano o padre alguna vez una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré)? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. En los últimos 3 meses, ¿el paciente ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, Enfermedad de Crohn o psoriasis? ¿O el paciente ha recibido algún tratamiento de radiación? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. Durante el año pasado, ¿recibió el paciente una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le administraron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿El paciente ha tenido la enfermedad de Varicela? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> Si es así, ¿qué edad? |

Para todas las mujeres en edad fértil: Al firmar a continuación, reconozco y entiendo que si recibo alguna vacuna con virus vivos durante mi visita, debo practicar el método anticonceptivo de mi elección durante las próximas cuatro semanas después de recibir cualquier vacuna viva.

Para todos los clientes: Las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa podría provocar lesiones graves e incluso la muerte. Reconozco y acepto que firmar esta lista de verificación de detección de contraindicaciones para las vacunas es un acto voluntario de mi parte y que he firmado este documento por mi propia voluntad.

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--------------|
| Nombre en letra de la Persona que Completó la Solicitud | Firma de la Persona que Completó la Solicitud | Relación con el Paciente | Fecha |
| | | | |

FOR OFFICE USE ONLY

| | | |
|------------------|--|------|
| Form Reviewed By | | Date |
|------------------|--|------|

Notes: _____

