

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:

☐ I Asegurado: el seguro del paciente cubre vacunas.
 Insurance Name: _____
 Phone#: _____ Policy#: _____

TODAS LAS EDADES CON SEGURO

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:

☐ No Asegurado: no tiene seguro médico

ADULTOS MAYORES DE 19 AÑOS: Tarifa de Administración de Vacunas Elegible para ASN

\$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

PP Vaccines			
ASN Vaccines			

FOR OFFICE USE ONLY—PAYMENT DETAILS

\$_____ 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:
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		Nivel Escolar:
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

☐ 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 AÑOS

☐ Sin seguro médico: El paciente no tiene seguro de salud.

☐ Inscrito en Medicaid – Número de Póliza de Medicaid: _____
Fecha de Elegibilidad: _____

☐ Inscrito en CHIP – Número de Póliza de CHIP: _____
Fecha de Elegibilidad: _____

☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska

☐ Infraasegurado: El seguro privado/comercial del paciente solo cubre ciertas vacunas.
Nombre del Seguro: _____
Teléfono: _____ Número de Póliza: _____

☐ Infraasegurado: El paciente tiene seguro médico, pero la cobertura no incluye vacunas.
Nombre del Seguro: _____
Teléfono: _____ Número de Póliza: _____

¿Cuántas personas viven en el hogar? _____

Ingreso Mensual	Tarifa de Administración de Vacunas Elegibles de TVFC
<input type="checkbox"/> \$0 - \$1,335	Sin Costo
<input type="checkbox"/> \$1,336 - \$2,025	\$5 Cada Vacuna
<input type="checkbox"/> \$2,026 - \$2,715	\$10 Cada Vacuna
<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												
<div> <div>FOR OFFICE USE ONLY—VACCINATIONS</div> <table border="1"> <tr> <td>PP Vaccines</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VFC Vaccines</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div>				PP Vaccines						VFC Vaccines					
PP Vaccines															
VFC Vaccines															
<div> <div>FOR OFFICE USE ONLY—PAYMENT DETAILS</div> <table border="1"> <tr> <td colspan="6"> \$_____ TOTAL PAID BY: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CASH <input type="checkbox"/> CHECK </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Infectious Disease Screening? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </td> <td colspan="2"> Clerk Initials: _____ </td> <td colspan="2"> Medical Home Packet? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </td> </tr> </table> </div>				\$_____ 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	
\$_____ 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: 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, habla 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 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.				
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: _____
