



THE AUSTIN DIAGNOSTIC CLINIC

The Austin Diagnostic Clinic Influenza Vaccine Consent Form

MRN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ Género _____

Dirección de casa _____

Ciudad, Estado _____ ZIP _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

SEGURO _____

- Acuerdo financiero:
 - Estoy al tanto de que, como cortesía, AUSTIN DIAGNOSTIC CLINIC puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que me han proporcionado.
 - Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o por los cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
 - Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.
 - Asignación de beneficios. Por el presente, asigno a AUSTIN DIAGNOSTIC CLINIC cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que AUSTIN DIAGNOSTIC CLINIC tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a AUSTIN DIAGNOSTIC CLINIC, estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos.
 - Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios. Certifico que cualquier información que yo suministre, si la hubiere, al solicitar pagos según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la ley del Seguro Social es correcta. Solicito que los pagos de beneficios autorizados de los programas Medicare o Medicaid se hagan, en mi nombre, a AUSTIN DIAGNOSTIC CLINIC.
- Privacy Policies
 - Reconozco que he recibido el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio, que describe las formas en que el consultorio/la clínica podrá usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el prestador o por sus socios comerciales. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.
- Por medio del presente, permito que el consultorio/la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
 - La información de atención médica relativa a servicios anteriores prestados por otros prestadores afiliados a HCA podrá ponerse a disposición de posteriores prestadores afiliados a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica podrá ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable de realizar pagos en nombre del paciente, con el fin de verificar la cobertura o aclarar preguntas acerca de los pagos, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados estén relacionados con una reclamación de indemnización por accidente de trabajo.
 - Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de la información de atención médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas del enfermero, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos por abuso de drogas y alcohol, y resúmenes de alta médica.
 - Las leyes federales y estatales podrán permitir que este centro participe en organizaciones con otros prestadores de atención médica, compañías aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas, para que estas personas y entidades compartan mi información de atención médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis historias clínicas, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad, y otros propósitos permitidos por ley. Entiendo que este centro podrá ser miembro de una o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea, tales como VIH y SIDA.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Temp: _____ (100.4 F or greater should not receive vaccine today)

| ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: | | |
|---|----|----|
| La persona que será vacunada ¿está enferma hoy? | Sí | No |
| La persona que será vacunada ¿es alérgica a los huevos o a un componente de la vacuna? | Sí | No |
| La persona que será vacunada ¿ha tenido alguna vez una reacción a la vacuna contra la influenza en el pasado? | Sí | No |
| La persona que será vacunada ¿ha tenido alguna vez síndrome de Guillain-Barré? | Sí | No |
| ¿Se le ofreció o entregó una Declaración de Información (VIS) acerca de esta vacuna? VIS: Vacuna contra la Influenza (08/06/2021) 42 U.S.C. § 300aa-26 | Sí | No |

He leído, o se me ha explicado, la información acerca de la enfermedad y la vacuna mencionadas anteriormente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna citada y solicito que se aplique la vacuna a mí o a la persona mencionada anteriormente por la que estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Firma del paciente o tutor

Fecha

| TO BE COMPLETED BY ADC STAFF | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------------|--|---|
| | INJECTION | DOSE | Vaccine CPT code | Administration Code | | DESCRIPTION |
| ADULT | Influenza (Adult) | 0.5ml | 90686 | 90471 | | Fluarix Quadrivalent Vaccine |
| | Influenza (Adult) Recombinant | 0.5ml | 90682 | 90471 | | Flublok Quadrivalent Recombinant Vaccine |
| | Influenza (Adult) High Dose | 0.5ml | 90694 | 90471 | | Fluad High Dose Quadrivalent Vaccine |
| PEDIATRICS (Private Ins.) | INJECTION | DOSE | Vaccine CPT code | Admin Code for up to 18 YO | Admin with Counseling up to 18 YO | DESCRIPTION |
| | 6 mo. -18 yrs. | 0.5ml | 90686 | 90471 | 90460 | Fluarix Quadrivalent Vaccine |
| PEDI VFC | 6 mo. -18 yrs. | 0.5ml | 90686 | 90471 | 90460 | Fluzone Quadrivalent Vaccine (VFC Stock) |
| SHOTS FOR TOTS | 6 mo. - 18 yrs. | | | 90471 - \$14.85 | | Any flu vaccine under shots for tots program. (Do not bill separate vaccine CPT code) |

Brand (Circle one): GSK Sanofi Seqirus Lot #: _____

Site: Deltoid/Thigh R or L

Administered by: _____ Date: _____