



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 (08/15/19) 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							
ADULT	INJECTION	DOSE	Vaccine CPT code	Administration Code		DESCRIPTION	ICD 10 CODE
	Influenza (Adult)	0.5ml	90686	90471		Fluzone Quadrivalent Vaccine	Z23
	Influenza (Adult) Recombinant	0.5ml	90682	90471		Flublok Quadrivalent Recombinant Vaccine	Z23
	Influenza (Adult) High Dose	0.7ml	90662	90471		Fluzone High Dose Quadrivalent Vaccine	Z23
PEDIATRICS	INJECTION	DOSE	Vaccine CPT code	Admin Code for up to 18 YO	Admin with Counseling up to 18 YO	DESCRIPTION	CODE
	6 mo-18 years	0.5ml	90686	90471	90460	Fluzone Quadrivalent Vaccine	Z23
SHOTS FOR TOTS	6 month- 18 years			90471- \$14.85		Any flu vaccine under shots for tots program. (Do not bill separate vaccine CPT code)	Z23

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

Site: Deltoid/Thigh R or L

Administered by: _____ Date: _____