

Cuestionario sobre la

New Patient to Baylor Scott and White? No Yes

Is the Patient under the age of 18 years? No Yes

Apellido del paciente: _____ **Nombre:** _____

Sexo: M F **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** _____ **Teléfono durante el día:** (___) ___-_____

Dirección postal: _____ **Ciudad** _____ **Estado** ___ **Código postal** _____

Garante Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Médico de cuidado primario: _____

Seguro médico (marque con una X las casillas según corresponda):

Seguro (no Medicare o Medicaid)
 Pagador de Seguros: _____
 No. de póliza: _____
 No. de grupo: _____
 Asegurado primario: _____
 Asegurador: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Programa de Vacunas para Niños de Medicaid/Texas:
 No. de Medicaid: _____
 Fecha de elegibilidad: _____
 No. de CHIP: _____
 Fecha de elegibilidad: _____
 Indio americano Nativo de Alaska
 Seguro **insuficiente***: (Marque con una X una de las casillas)
 El seguro comercial (privado) de mi hijo **no** cubre las vacunas
 Mi seguro comercial cubre sólo vacunas seleccionadas

Paciente particular
 Dinero en efectivo \$ _____
 Tarjeta de crédito *Visa MC Discover AmEx*
** Entregue la tarjeta al encargado para procesar el pago. Se le entregará un recibo.*
Nombre en la tarjeta: _____
Dirección de facturación: *Marque la casilla si coincide con la dirección postal*

Medicare
 No. de póliza: _____

Vacuna antigripal: Si responde "Sí" a alguna de las siguientes preguntas, es posible que hoy no sea elegible para vacunarse contra la gripe.

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Ya ha recibido una vacuna antigripal esta estación? | Sí | No |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez cualquier reacción o sensibilidad graves a la vacuna antigripal? | Sí | No |
| 3. ¿Le han diagnosticado alguna vez dolores musculares intensos y parálisis (síndrome de Guillan Barre) dentro de las 6 semanas después de recibir una vacuna antigripal? | Sí | No |
| 4. ¿Tiene una alergia grave a los huevos (dolor en el pecho, latidos cardíacos rápidos sintomáticos, sibilancia, requiere epinefrina)? | Sí | No |
| 5. ¿Ha tenido un trasplante de médula ósea en los últimos 6 meses? | Sí | No |
| 6. ¿Se ha sentido enfermo hoy o ayer, o tiene fiebre? | Sí | No |
| 7. ¿Usted o su hijo tienen anemia o un trastorno sanguíneo grave? | Sí | No |
| 8. ¿Usted o su hijo han recibido en las últimas cuatro semanas alguna vacuna con antígenos vivos?
Por ejemplo, MMR, varicela o Zostavax (culebrilla) | Sí | No |
- Si es así, ¿cuál? _____ Fechas de aplicación: _____

- Al firmar a continuación, doy fe de que todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender, y que me han entregado y he leído una copia de la Declaración Informativa sobre 2021 Vacunas (VIS) para la vacuna contra la influenza 2021-2022. Asimismo, afirmo que cualquiera y todas las preguntas que tenía relacionadas con la aplicación de la vacuna contra la influenza han sido respondidas a mi entera satisfacción y otorgo mi consentimiento para que me apliquen la vacuna contra la influenza 2021-2022 en este momento.

Firma del paciente, padre o madre _____ **Fecha** _____ **Hora** _____

For office use (Circle One): FLULAVAL QUAD FLUZONE QUAD

Administered by _____ **Date** _____ **Time** _____:_____ **Site of Injection** R L deltoid thigh

Lot No. _____ **GSK** **Sanofi** **Expiration date** _____ **Inactivated Flu VIS Sheet given?** Yes No

Patient MRN: _____ **EMR Entry Name:** _____