

PMD _____
 Immunet _____
 Pat Trac _____
 File Pro _____
 Billing _____

PULMONÍA

ADMINISTRACION DE LA VACUNA DEL PULMONÍA: RECORD DE LA VISITA

“Yo he leído, o me han explicado la información de la Declaración de información de vacunas o la importancia de la información, sobre las vacunas que se nombran abajo. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que se mencionan abajo, y he pedido que la vacuna o las vacunas sean puestas a mi o a la persona cuyo nombre aparece abajo, a quien estoy autorizada (o) a tomar esta decisión.”

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
DIRECCIÓN:		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO:	SEGURO SOCIAL #	ESTADO MARITAL:		SEXO: M or F	
FECHA-DE-NACIMIENTO	EDAD:	RAZA:	ESCUELA:	GRADO:	
FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA HACER LA SOLICITUD Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE EL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD (NPP). X _____ FECHA _____					
(Si la persona quien está tomando la vacuna es menor de 18 años, complete la siguiente forma oscura.)					
Padre o Guardián: Apellido		Nombre		Inicial	Segundo Apellido

Doctor Privado: _____ Direccion: _____

Para que Medicare pague por la vacuna, por favor complete la información debajo:

NOMBRE EXACTO EN LA TARJETA DE MEDICARE: _____

NÚMERO DE MEDICARE / PARTE B# _____

FIRMA DE AUTHORIZACIÓN A CARGAR COBRO: _____

SI EL SEGURO NO PAGA POR LA VACUNA, EL PACIENTE ES RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA VACUNA.

FOR OFFICE USE ONLY

Form checked, insurance card seen (Name & Part B), VIS given and NPP witnessed by _____ <div style="text-align: right;">(Initials)</div>					
BILL MEDICARE PART B ONLY _____					
PAID \$ _____	CASH <input type="checkbox"/>	CHECK <input type="checkbox"/>	# _____	RECEIPT# _____	CREDIT CARD <input type="checkbox"/>
				CASHIER INITIALS _____	
CC TYPE: Visa / MasterCard/Other CC# _____ EXP. DATE _____ CC SECURITY# _____					

Please turn page over and complete side 2

Nombre: _____ Fecha-De-Nacimiento: _____ Edad: _____

Por favor rodee sí o no a las preguntas siguientes:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Es Ud. 19-64 años de la edad? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 2. ¿Ha tenido una vacunación previa de pulmonía? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 3. ¿Ha sido por lo menos 5 años desde su última pulmonía herida? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 4. ¿Es Ud. 65 años o más viejo? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 5. ¿Fuma? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 6. ¿Tiene el asma, COPD, la enfisema u otras enfermedades pulmonares crónicas? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 7. ¿Tiene la diabetes? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 8. ¿Tiene de largo tiempo problemas de corazón, hígado o riñón? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 9. ¿Toma la terapia represiva, immune y a largo plazo (radiación, los corticosteroids, etc) | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 10. ¿Ha tenido un trasplante de órgano o medulla ósea? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 11. ¿Jamás ha tenido usted una reacción a alguna vacuna? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 12. ¿Tiene una fiebre u otra enfermedad hoy? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |

*****FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY*****		
Queen Anne's County Department of Health 206 N. Commerce Street Centreville, MD 21617		Alternate site:
Date of VIS or IIS:	4/24/15	
VACCINE GIVEN:	Pneumococcal	
DATE VACCINE ADMINISTERED:		
VACCINE MANUFACTURER:		
VACCINE LOT NUMBER & EXPIRATION DATE		
SITE OF INJECTION:	Deltoid / Thigh R / L	
SIGNATURE OF VACCINE ADMINISTRATOR:		

