

Departamento de Salud Pública del Condado de Lucas en Toledo, Ohio

REGISTRO Y AUTORIZACION PARA LA VACUNACION DE UN MENOR

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO(A): _____ (INICIAL) _____ (APELLIDO) _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SS# _____
SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____ RAZA/ETNIA _____ LENGUAJE: _____
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN LEGAL: _____ NUMERO SS# _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELEFONO/CELULAR _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
CORREO ELECTRONICO: _____

INFORMACION DE SU ASEGURANZA DE SALUD:

NOMBRE DE ASEGURANZA PRINCIPAL _____
NOMBRE DEL GRUPO: _____ NUMERO DEL GRUPO# _____ IDENTIFICACION: _____
IDENTIFICACION DE MEDICAID# (MMIS#): _____ A# _____
NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA: _____
NOMBRE DEL GRUPO: _____ NUMERO DEL GRUPO# _____ IDENTIFICACION: _____
IDENTIFICACION DE MEDICAID# (MMIS#): _____ A# _____

Quien de los Padres/Tutor Legal del Niño(a) cubre con Asegurancia de Salud? Favor de llenar esta sección únicamente si USTED no ha sido mencionado en este Registro.

NOMBRE _____ (INICIAL) _____ (APELLIDO) _____
DOMICILIO: (Guardian Legal que no es el padre/madre, _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
SS# (Persona que tiene custodia del menor que no es el Padre/Madre _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
COMPAÑIA DE TRABAJO: _____

PROGRAMA DE ELIGIBILIDAD PARA LAS VACUNAS DE NIÑOS

Los niños que califican son elegibles para recibir vacunas gratuitas. A través del programa, Vacuna para Niños (VFC) del Gobierno de los Estados Unidos (favor de ver la lista de detalles para calificar abajo)

El Departamento de Salud del Condado de Lucas ofrece un excelente servicio para aquellos que no califican para el programa de Vacunas del Gobierno de los Estados Unidos. El Departamento de Salud del Condado de Lucas enviara la factura del servicio recibido a la aseguransa o la persona que es responsable por los servicios recibidos por el/la paciente, tambien se aceptara el copago y el pago por cualquier saldo o balances deducibles por las partes responsables.

Favor de indicar si califica:

- _____ Mi hijo(a) NO Tiene Asegurancia de Salud ✓
_____ Mi hijo(a) es Nativo Americano (Indigena) / Nativo de Alaska
_____ Mi hijo(a) tiene asegurancia de salud que NO cubre VACUNAS
_____ Mi hijo(a) esta registrado en el programa de asegurancia de MEDICAID.

USTED RECIBE BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS (WIC)?

_____ SI
_____ NO

Autorizo al **personal del Departamento de Salud Publica del Condado de Lucas en Toledo, Ohio**. A dar vacunas y/o el tratamiento que sea necesario para la salud del Niño(a) antes mencionado/a. Entiendo que el registro de vacunas del Niño(a) se mantendrá en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Ohio y autorizo compartir dicha información. Yo autorizo que se hagan los cargos monetarios nesecarios por los servicios recibidos a mi aseguranza de salud, incluyendo a los de Medicaid. He recibido información con respecto a la ley del Acto de Información de Probabilidad de Salud. **Acepto la responsabilidad financiera total, incluidos los copagos, los saldos por deducibles no hechos y cualquier otro cargo relacionado con los servicios de Shots 4 Tots. Yo verifico y doy constancia que la información mencionada es verdadera y correcta según mi conocimiento.**

_____ (iniciales) Yo autorizo se de uso de esta información medica para cualquier fin de procesar esta petición.

_____ (iniciales) Yo autorizo los beneficios y pagos para el doctor responsable o proveedor que otorga los servicios a está petición

Firma del Padre/Madre/Guardian Legal _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY (CIRCLE ONE):

USO OFICIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO:

BILL INSURANCE

Cobros a la Asegurancia de Salud

PAID CASH OR CHECK

Pagar en Efectivo/Cheque:

POR FAVOR IMPRIMIR CLARAMENTE

Departamento de Salud del Condado de Toledo-Lucas - Vacunas Para niños y adolescentes
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN INFANTIL Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del niño (como aparece en el certificado de nacimiento) _____

Fecha de nacimiento del niño _____

¿Ha recibido su hijo vacunas con nosotros antes? ____ SI ____ NO __ ¿Volverás? ____ SI ____ NO ____ TAL VEZ

¿Tiene su hijo un médico actual? ____ SI ____ NO ____ ¿Como supiste de nosotros ?

PREGUNTAS DEL SU HISTORIAL DE SALUD	SI	NO	EXPLIQUE
¿Está su hijo enfermo hoy?			
¿Su hijo tiene una enfermedad crónica o toma medicamentos, incluyendo terapia con aspirina a largo plazo?			
¿Tiene su hijo alguna alergia a los medicamentos, a los alimentos, vacunas o al látex?			
¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna?			
¿Ha tenido su hijo un problema de salud con enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre?			
Si su hijo tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿El doctor le a dicho que tiene problemas con la respiración o asma en los últimos 12 meses?			
Si su hijo es un bebé, ¿alguna vez le han dicho que su hijo tuvo intususcepción?			
¿Su hijo, un hermano o un padre tuvo una convulsión? ¿Ha tenido el niño problemas cerebrales o otros problemas del sistema nervioso?			
¿Ha recibido su hijo/a una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral en el último año?			
¿Su hijo o alguien en la casa tiene una enfermedad o recibe tratamientos que debiliten el sistema inmunológico, como el cáncer, la leucemia, el VIH / SIDA o otro problema del sistema inmunitario?			
¿Ha tomado su hijo cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos de radiación en los últimos 3 meses?			
¿Ha recibido su hijo vacunas en las últimas 4 semanas?			
Para las adolescentes: ¿podría su hija estar embarazada o quedar embarazada en el próximo mes?			

Autorizo las vacunas y / o el tratamiento que el personal del Departamento de Salud del Condado de Toledo-Lucas considere necesario para el niño/a antes mencionado. Entiendo que el registro de vacunas de mi hijo se mantendrá en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Ohio y autorizo que se comparta dicha información. Autorizo a facturar a mi seguro por los servicios recibidos, incluidos los participantes de Medicaid o Paramount. He recibido información sobre la Ley de Portabilidad de Información de Salud. **Acepto la responsabilidad financiera total, incluidos los copagos, los saldos por deducibles no hechos y cualquier otro cargo relacionado con los servicios de Shots 4 Tots n Teens.** Verifico que la información anterior sea verdadera y correcta a mi conocimiento.

FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN LEGAL _____ FECHA _____