

Su información:

Necesitamos esta información para cada individuo que va a recibir una vacuna el día de hoy:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Apellido(s)	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Edad	Masculino o femenina

1. Seguro médico:

Nombre de la seguridad: _____

Número de identificación: _____ Numero del grupo: _____

Nombre de la persona encargado: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. Seguro médico:

Nombre de la seguridad: _____

Número de identificación: _____ Numero del grupo: _____

Nombre de la persona encargado: _____ Fecha de nacimiento: _____

3. Seguro médico:

Nombre de la seguridad: _____

Número de identificación: _____ Numero del grupo: _____

Nombre de la persona encargado: _____ Fecha de nacimiento: _____



Formularios de Consentimiento – Eastern Idaho Public Health (EIPH)

FINANCIERO

El costo de un servicio facturable es la responsabilidad del cliente/garante. Pagos mensuales y de cualquier cantidad son requeridas para prevenir que la facture pase a una agencia de cobros. Para saldos pendientes de pago un plan de pago se puede arreglar con el personal de oficina.

Al firmar, doy mi consentimiento para facturación a terceros, incluyendo el pago de los beneficios del gobierno a EIPH, y entiendo que los servicios elegibles para los honorarios móviles se facturarán al 100% a los pagadores de terceros.

Seguro Médico (si aplica): Como una cortesía, EIPH facturará a su seguro médico primario para algunos servicios, sin embargo, **EIPH no es un proveedor preferido para todos los seguros médicos**. Se recomienda que usted consulte con su seguro de salud con respecto a la cobertura. Cliente/ garante se le cobrará por cualquier saldo restante después de que el seguro ha sido procesado. **Medicare** (si aplica): EIPH facturará a Medicare por las vacunas contra la gripe y la neumonía. Otras vacunas serán la responsabilidad del cliente.

TRATAMIENTO

El cuidado de salud en EIPH puede ser proporcionado por una enfermera partera certificada, médico, asistente médico, practicante de enfermería, enfermera licenciada, o otro profesional calificado. Doy mi consentimiento para el examen y las pruebas (incluyendo pruebas VIH rápido), y el tratamiento. También entiendo que tengo el derecho de tener respuestas a mis preguntas y el derecho de rechazar cualquier procedimiento o pruebas.

Vacunas

- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por motivos religiosos o de otro tipo, sin exponerse a represalias. Entiendo que la información sobre la vacuna(s) está disponible para mí en EIPH. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna(s) y pido que la vacuna(s) se dé a mi o a la persona para quien estoy autorizado para hacer la solicitud.
- Entiendo que la participación y la retirada del registro de vacunación son voluntarias. Si usted no desea participar o retirarse del registro de inmunización de Idaho (IRIS), llame al Programa de Vacunación de Idaho al 208.334.5931.
- Entiendo que para evitar lesiones debidas a caídas de desmayos después de vacunación, se recomienda que la cliente se siente en el vestíbulo por 15 minutos antes de salir del edificio.
- Yo autorizo que den archivos de vacuna sobre mí y mi hijo(a) menor (hasta 18 años) a clínicas, oficinas de médico, guarderías y escuelas. Mis derechos de autorización son disponibles para mí en el EIPH's Aviso de Practicas de Privacidad.
- Me han ofrecido una copia de declaración de información sobre la vacuna(s) para la vacuna(s) indicadas según la edad que podrían administrarse. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo completamente los beneficios y riesgos de cada vacuna indicada y consiento para mi/ mi hijo(a) para recibir cualquier vacuna(s) recomendada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización en este tiempo presente.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)/PRACTICAS DE PRIVACIDAD

EIPH está obligado por ley a mantener la privacidad de su información medica. Su información se utilizará para el propósito de tratamiento, pago, y las operaciones de EIPH. Usted puede solicitar una copia de las prácticas de privacidad EIPH en cualquier momento. Las personas que pagan en totalidad y de su bolsillo para un articulo o servicio, podrán solicitar que su información de salud protegida no sea compartida con su seguro médico o plan de salud.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a: **Oficial de Privacidad: Eastern Idaho Public Health**
1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401

Al firmar, confirm que:

- Leí y comprendo la información arriba;
- Ha sido ofrecido una copia de EIPH HIPAA Practicas de Privacidad;
- Ha sido ofrecido una copia de la póliza financiero de EIPH

_____ Firma
_____ Fecha