

CENTRAL UTAH PUBLIC HEALTH DEPARTMENT-SPANISH IMMUNIZATION FORM

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Fecha de la Visita _____ / _____ / _____

Nombre del Paciente _____

Apellido de Soltera _____

Edad _____ Raza _____ Sexo M F Numero de telefono (_____) _____ - _____

Padro/Guardian _____

Direccion Postal _____ Ciudad, Estado Codigo Postal _____

Nombre de Seguro _____

Nombre del Asegurado _____ Relacion: _____

Relacion: _____ Poliza de seguro #: _____ Numero de su grupo# _____

Dirección de correo electrónico _____

Aviso de practicas de privacidad y reconocimiento de recibo Eficaz: 14 de Abril de 2003

El aviso de practicas de privacidad decirte como CUPHD puede usar o divulgar su informacion. sobre usted está obligado a informarle a usted o a nuestras prácticas de privacidad sobre la información que recopilamos y conservamos sobre usted. Me han dado una copia de cuphd's Aviso de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede usar la información. Iniciales: _____

RIESGO DE LAS MUJERES DE EDAD FERTIL NINOS RECIBIERON LA VACUNA CONTRA LA RUBEOLA O VARICELA VACUNA: Entiendo el riesgo a un bebe nonato en el caso de que la embarazade dentro de un mes de recibir la vacuna contra la rubeola o varicella. Asumo ka reonsabilidad personal de embarazarse dentro de un mes o de recibir estas vacunas. Iniciales _____

Han recibido una copia y haber leído o han tenido, me explico la informacion contenida en la vacuna contra la informacion Statements(s). Comprendo que los beneficios y los riesgos de las vacunas y solicito que las vacunas indicados en esta pagina me son dadas o a la persona para quien soy autorizado a hacer esta peticion. Conuerdo que la informacion en esta forma puede ser compartida con escuelas, las guarderías, proveedores de asistencia media y otros verificar inmunizacion estatus para estudios sanitarians, o cuando medicamente necesario. Por la presente libero el CUPHD facture Medicaid, Medicare y Seguro. **Entiendo que si mi Seguro no cubre los costos de los servicios provistos, you sere responsible.**

Firma _____ Fecha _____ Felacion con el paciente _____

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

PAYMENT SECTION

North Sanpete	South Sanpete
Juab	Wayne
Piute	Sevier
East Millard	West Millard

VFC Eligibility: (circle one)

- | | | |
|-----------|-----------------|----------------|
| Medicaid | Native American | Native Alaskan |
| Uninsured | Underinsured | CHIP |

Allergies: _____

Comments: _____

Nurse/Provider: _____

Employee Signature:

CHECK IN _____ USIIS: _____

PAYMENT: _____ COMPUTER: _____

Total Charge: _____

Amount Received: _____

Total Owing: _____

Receipt #: _____

- | | | |
|----------|-----------|-------------|
| CASH | CHECK | CREDIT CARD |
| MEDICAID | MEDICARE | PCN |
| CHIP | INSURANCE | CONTRACT |

BILL ORGANIZATION: _____

ORG. ADDRESS: _____