

# Форма информации о страховании для прививки от гриппа в 2019-2020 гг. и запись об осуществлении прививки

Заполнение этой формы необходимо для каждого получателя вакцины. Если информация о страховании отсутствует, пожалуйста, заполните как можно больше, используя имеющуюся информацию.

**Информация о лице, который получит вакцину** (Information about the person to receive the vaccine) (пожалуйста, печатными буквами): \* Эти поля заполнять обязательно

Фамилия (Last Name)*	Имя (First Name)*	Отчество (MI)	Дата рождения (DOB):* ____ / ____ / ____ Месяц (M) День(D) Год(Y)	Возраст(Age)*	Пол (Sex):*
Улица и номер дома (Address):*					
Город (City):*	Штат (State):*	Почтовый индекс (Zip):*	Телефон (Phone):* (       )		

**Информация о страховании** (Insurance Information): *Укажите полностью идентификационный номер застрахованного лица и все буквы, входящие в этот номер*

Название страховой компании (Name of Insurance Co):	Идентификационный номер застрахованного лица (Member ID Number):	Идентификационный номер группы (Group ID Num.): (если имеется)
Номер карточки (Medicare Number):	Является ли Medicare первичной страховкой (Is Medicare Primary)? Да (Yes)                      Нет (No)	Являетесь ли вы пенсионером (Is Subscriber Retired)? Да (Yes)                      Нет (No)

**Если лицо, получающее вакцинацию, не является застрахованным лицом, пожалуйста, заполните следующую информацию** (If person getting vaccinated is not the insurance subscriber/policy holder):

Имя застрахованного лица (Subscriber's Name): (Фамилия, Имя, Отчество) (Last, First, MI)	Дата рождения застрахованного лица (Subscriber's DOB): ____ / ____ / ____ Месяц (M)    День(D)    Год(Y)	Пол (Sex):	
Адрес застрахованного лица (Subscriber's Address): (если отличается от указанного выше адреса)			
Город (City):	Штат (State):	Почтовый индекс (Zip):	Телефон (Phone): (       )
Отношение пациента к застрахованному лицу (Pt relationship to subscriber): (Обвести кружком)* Супруг (Spouse)                      Ребенок (Child)                      Другое (Other)			

**Для детей в возрасте 18 лет и младше** (For children 18 years of age and younger):

Имеет право на участие в программе «Вакцина для детей» (VFC) (Is Vaccine for Children Program eligible):

Американский индеец (коренной американец) или коренной житель Аляски (Is American Indian or Alaska Native)

Участвует ли в программе Медикейд (включая программу MassHealth, НМО, и т. д., если участвует через программу Медикейд) (Enrolled in Medicaid)

Не имеет медицинской страховки (Does not have health insurance)

Не имеет права на участие в программе «Вакцина для детей» (VFC) (Is not VFC eligible):

Имеет медицинскую страховку и не является американским индейцем (коренной американец) или коренным жителем Аляски (Has health insurance and is not American Indian or Alaska Native)

**Я разрешаю направить счет для оплаты моей страховой компании** (I give permission for my insurance company to be billed).

X \_\_\_\_\_ Дата (Date): \_\_\_\_\_  
(Подпись пациента, родителя или законного опекуна) (Signature of patient, parent, or legal guardian)

\*\*\*\*\*

**For Clinic/Office Use Only (Только для использования клиникой/офисом):**

Signature of Vaccine Administrator: \_\_\_\_\_

Date of Service/Date VIS Given	Vax Type	Vaccine Mfgr	State Supplied	Preserv Free*	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS
Place sticker here								IM	R Arm    L Arm	8/15/19