

Formulario de información del seguro médico del comunidad para la vacuna contra la gripe y constancia de la administración de la vacuna 2019-2020

Es necesario que llene este formulario en su totalidad por cada persona que va a recibir la vacuna. Si no tiene información sobre seguro, por favor llene el formulario con la información existente.

Información sobre la persona que recibe la vacuna (Information about the person to receive the vaccine) (letra de molde):

***Información Requerida**

Apellido (Last Name)*	Primer Nombre (First Name)*	IM (MI)	Fecha de nacimiento (DOB):* ____/____/____ Mes (M) Día (D) Año (Y)	Edad (Age)*	Sexo (Sex):*
Dirección (Address):*					
Ciudad (City): *	Estado (State): *	Código postal (Zip):*	Teléfono (Phone): * ()		

Información de seguro (Insurance Information): Incluya todo el número y letras de identificación

Nombre de la compañía de seguro (Name of Insurance Co): *	Número de identificación (Member ID Number):*	Número de Grupo (Group ID Num.): (si existe)
Número de Medicare (Medicare Number): (si existe)	¿Medicare es primario (Is Medicare Primary)? Sí (Yes) No (No)	¿Se jubila el suscriptor (Is Subscriber Retired)? Sí (Yes) No (No)

Si la persona a ser vacunada no es suscriptor, por favor complete lo siguiente (If person getting vaccinated is not the insurance subscriber/policy holder):

Nombre del suscriptor (Subscriber's Name): (Apellido, nombre, inicial)*	Fecha de nacimiento del suscriptor (Subscriber's DOB): * ____/____/____ Mes (M) Día (D) Año (Y)	Sexo (Sex):	
Dirección del suscriptor (Subscriber's Address): * (solo si es diferente a la de arriba)			
Ciudad (City):	Estado (State): *	Código postal (Zip):*	Teléfono (Phone): * ()
Relación del paciente al suscriptor (Pt relationship to subscriber): (circule) * Esposo (Spouse) Hijo (Child) Otro (Other)			

Para los niños de 18 años y menores (For children 18 years of age and younger):

Es elegible para el programa Vaccine for Children (VFC) (Is Vaccine for Children Program eligible):

Es indígena americano (nativo americano) o nativo de Alaska (Is American Indian or Alaska Native)

Está inscrito en Medicaid (de estar inscrito a través de Medicaid, incluye MassHealth y HMOs etc.) (Enrolled in Medicaid)

No tiene seguro médico (Does not have health insurance)

No es elegible para el VFC (Is not VFC eligible):

Tiene seguro médico y no es indígena americano (nativo americano) o nativo de Alaska (Has health insurance & isn't AI/AN)

Doy mi permiso para que le cobren a mi seguro. (I give permission for my insurance company to be billed)

X _____ Fecha (Date): _____

(Firma del paciente, padre o tutor legal) (Signature of patient, parent, or legal guardian)

For Clinic/Office Use Only (Para uso clínico/de oficina solamente):

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