

VACCINE CLEARANCE/INSURANCE FORM

Patient Name (Nombre del Paciente): _____
First Name/Primer Nombre M.I. Last Name/Apellido

Date of Service (Día de Servicio): _____

Vaccine Clearance Questions:

Question(Pregunta)	Yes/No (Sí/No)
1. Are you allergic to chicken or chicken eggs? Es alérgico a el pollo o huevos de pollo?	
2. Have you had a previous reaction to the flu vaccination? Ha tenido una reacción a la vacuna de la gripe (flu)?	
3. Have you had a previous reaction to receiving any shot? Ha tenido una reacción hacia alguna otra vacuna?	
4. Have you been ill or have had fever in the past 72 hours? Se ha sentido mal, enfermo, o ha tenido fiebre en las ultimas 72 horas?	
5. Have you had Guillian-Barre ´ Syndrome? Ha tenido el síndrome de Guillian-Barre ´?	
6. Are you sensitive to latex? Es alérgico o sensible al látex?	
7. For women only: Are you pregnant? Para mujeres: Esta embarazada?	
8. Will you use insurance today? Usaría seguro medico hoy? <i>If yes, please complete the information below/Si sí, completa la forma abajo</i>	

Insurance Demographic Form:

Please provide a COPY front and back of your insurance card at the time of your appointment

Por favor proporcione una copia del frente y el dorso de la tarjeta del seguro medico en su primera cita

Current Mailing Address and Telephone (Dirrección actual y teléfono)

Street or P.O. Box (Calle o Apartado Postal): _____ City (Ciudad): _____

State(Estado): _____ Zip Code(Código postal): _____ Telephone(Teléfono): _____ - _____ - _____

Birthdate(Fecha de cumpleaños): ____ / ____ / ____ Sex (Sexó) (circle one): M/F

SSN(Número de seguro social): _____ - _____ - _____

CPT Code: **90686**

CPT Administration: **90471**

Diagnosis Code: **Z 23**