

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico (opcional) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Para uso de oficina solamente

Cantidad Total \$

Efectivo

De cheque

Cliente pagara por la(s) siguiente(s) persona(s): _____

Cliente no puede pagar (revise documento de excepción).

Para paciente con Medicare solamente

Medicare Parte B número exacto como aparece en la tarjeta de Medicare

Medicare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mi firma de bajo indica mi aprobación para que AMITA Health Resurrection Medical center mande el cobro a Medicare por los costos de hoy para la vacuna contra la influenza. Yo entiendo que Medicare parte B cubre una vacuna contra la influenza al año.

Firma de persona recibiendo la vacuna o persona responsable para autorizar

Fecha