

CENTRAL UTAH PUBLIC HEALTH DEPARTMENT-CLIENT PPD CLIENT ENCOUNTER

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Fecha de la Visita _____ / _____ / _____
 Nombre del Paciente _____
 Apellido de Soltera _____
 Edad _____ Raza _____ Sexo M F Numero de telefono (_____) _____ - _____
 Padre/Guardian _____
 Direccion Postal _____ Ciudad, Estado Codigo Postal _____
 Nombre de Seguro _____
 Nombre del Asegurado _____ Relacion: _____
 Relacion: _____ Poliza de seguro #: _____ Numero de su grupo# _____
 Direccion 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: _____

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. Concuero que la informacion en esta forma puede ser compartida con escuelas, las guarderias, 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*******

CPT	ICD10	NAME	TIME	LOT	DOSE	ROUTE	SITE	PRICE
86580	Z20.1	PPD			0.1CC	ID		\$15
PPD READING				RESULTS:				
DATE READ								

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

- 521 Nursing Home
- 522 Contact
- 523 Other
- 533 Condition for School/Job
- 534 Correctional Faciltity
- 435 Refugee/Immigrant
- 536 Homeless
- 537 Immuno-compromised
- 538 Migrant Farm Work
- 539 Missionary
- 540 Substance Abuse
- 572 Chest X-Ray
- 573 Follow up
- 574 Final Visit

Allergies: _____

Comments: _____

Nurse/Provider placed: _____

Nurse/Provider read: _____

PAYMENT SECTION

Total Charge: _____

Amount Received: _____

Total Owing: _____

Receipt #: _____

CASH CHECK CREDIT CARD
CHIP INSURANCE CONTRACT

BILL ORGANIZATION: _____

ORG. ADDRESS: _____

CHECK IN _____ USIIS: _____

PAYMENT: _____ COMPUTER: _____

Employee Signature: _____