



Annual Influenza (FLU) Vaccination Parent Letter



Dear Parent(s):

Carson City Health and Human Services (CCHHS) is working with your child's school to offer your child's annual seasonal flu vaccination. There will be a team of CCHHS licensed nurses at your child's school to administer the flu vaccine. **The vaccination is safe and a health action that benefits all age groups to protect against influenza illness.**

The vaccine will only be available as injectable (commonly known as "a shot") for all age groups in 2017-2018. Based on recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention's Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the nasal mist vaccine will not be available. The shot will protect against four (4) flu viruses.

In order for your child to receive a flu vaccine, please:

- **COMPLETE** and **SIGN** the yellow consent form that is attached to this parent letter.
 1. This includes completing the insurance information section of the consent form, if applicable.
 2. Carson City Health & Human Services bills most private insurance companies for your convenience. CCHHS encourages parents to check with their insurance provider about coverage. *For a list of insurance companies CCHHS will bill, please visit GetHealthyCarsonCity.org/insurance or call our billing department at (775) 887-2366 for more information. Please note: If CCHHS cannot bill your child's insurance company or the insurance claim is denied, you may be responsible for the costs associated with administration of the vaccine.*
 3. **ATTACH** a copy of the front and back of your child's insurance card to your completed yellow consent form.
 4. If your child's insurance does not cover vaccinations or your child does not have insurance, **PLEASE INCLUDE \$20** for a vaccine administration fee. The cost of the vaccine will be covered by a state-funded immunization program.
- **SEND** the completed yellow consent form back to the child's school/teacher at least **ONE WEEK BEFORE YOUR SCHOOL'S SCHEDULED CLINIC DATE**.
 - Please include payment in an envelope with your child's name and school, if appropriate.
 - We will not deny vaccine to any child regardless of ability to pay.
- **READ** the Influenza Vaccine Information Statement. It will be given to your child on the day of vaccination or can be obtained from the CCHHS website, where you can also access more information: GetHealthyCarsonCity.org/immunizations.

Please refer to the schedule below for dates/times the CCHHS team will be at your child's school:

Carson High	Carson High	Fremont ES	Empire ES	Pioneer High	Montessori
10/3/17	10/4/17	10/5/17	10/6/17	10/6/17	10/6/17
Fritsch ES	Bordewich ES	Mark Twain ES	Seeliger ES	EVMS	CMS
10/19/17	10/19/17	10/20/17	10/20/17	10/24/17	10/25/17

Children **younger than 9 years of age** on the day the vaccine is administered will need 2 doses of flu vaccine, if they are receiving influenza vaccine for the first time or have never received 2 doses of flu vaccines in a previous year.

Should your child need a second dose, Thursday is immunization day at Carson City Health & Human Services (located at: 900 East Long St., Carson City, NV 89706) from 8:30 a.m. to 4:30 p.m., or you may contact your healthcare provider.

If you have any questions you may contact our team at (775) 283-7905 or (775) 887-2190.

Sincerely,

Cari Rioux
Carson City Health and Human Services

Sandy Wartgow BSN, RN
Carson City Health and Human Services



Carta anual a los padres para la vacunación contra la influenza (FLU)

Estimado(s) Padre(s):

Carson City Health and Human Services (CCHHS) está colaborando con la escuela de su hijo para ofrecerle la vacuna de la influenza estacional. Un equipo de Enfermeras Registradas de CCHHS estará en la escuela de su hijo(a) para administrarle la vacuna. **La vacunación contra la influenza estacional es una acción preventiva, segura y saludable que beneficia a grupos de todas las edades para protegerlos contra la enfermedad de la influenza.**

La Vacuna inyectable será la única disponible para todos los grupos de edades en 2017-2018. Basándose en las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (ACIP), la vacuna intranasal no será disponible. Este año la vacuna protegerá contra cuatro virus de influenza.

Para que su hijo reciba una vacuna contra la influenza, por favor de:

- **Complete y firme** el formulario de consentimiento color amarillo que acompaña a esta carta.
 1. Esto incluye completar la sección de información sobre seguros médicos del formulario de consentimiento, si es aplicable.
 2. Carson City Health & Human Services puede mandar facturas a la mayoría de las compañías de seguros médicos privados. CCHHS pide que por favor verifique si la vacuna es cubierta por su seguro médico. *Para obtener una lista de las compañías de seguros que CCHHS puede mandar a cobrar, visite GetHealthyCarsonCity.org/insurance o llame a nuestro departamento de facturación al (775) 887-2366 para obtener más información. Tenga en cuenta: Si CCHHS no puede obtener pago de la compañía de seguro de su hijo(a) o la reclamación de seguro es negada, usted puede ser responsable de los costos asociados con la administración de la vacuna.*
 3. **Agregue una copia del frente y de la parte posterior de la tarjeta de seguro médico de su hijo** a su formulario de consentimiento color amarillo.
 4. Si el seguro de su hijo no cubre las vacunas o su hijo no tiene seguro, **POR FAVOR INCLUYA \$20** para el cargo de administración de la vacuna. El costo de la vacuna será cubierto por un programa de inmunización financiado por el estado.
- **ENVÍE** el formulario de consentimiento amarillo llenado completamente a la escuela/maestro del niño por lo menos **UNA SEMANA ANTES DE LA FECHA EN LA CUAL LA CLÍNICA ESTA PROGRAMADA DE SU ESCUELA.**
 - Por favor incluya su pago en un sobre con el nombre de su hijo(a) y el nombre de la escuela, si es apropiado.
 - No negaremos la vacuna a ningún niño, independientemente de su capacidad de pagar.
- **LEA** la Declaración de Información sobre la Vacuna contra la Influenza. Se le dará a su hijo el día de la vacunación o se puede obtener en el sitio web del CCHHS, donde también puede obtener más información: GetHealthyCarsonCity.org/immunizations.

Por favor utilice como referencia los siguientes horarios y fechas en las cuales el equipo de CCHHS estará en la escuela de su hijo(a):

Carson High	CarsonHigh	Fremont ES	Empire ES	Pioneer High	Montessori
10/3/17	10/4/17	10/5/17	10/6/17	10/6/17	10/6/17
Fritsch ES	Bordewich ES	Mark Twain ES	Seeliger ES	EVMS	CMS
10/19/17	10/19/17	10/20/17	10/20/17	10/24/17	10/25/17

Niños que sean **menores de 9 años** el día de la vacunación necesitaran 2 dosis de la vacuna, si es que están recibiendo la vacuna por primera vez o nunca ha recibido dos dosis en algún año previo. El jueves es el día que se administran vacunaciones en Carson City Health & Human Services (localizado en: 900 East Long St., Carson City, NV 89706) de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. o puede comunicarse con su proveedor médico.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nuestro equipo al (775) 283-7905 o (775) 887-2190.

Sinceramente,

Cari Rioux
Carson City Health and Human Services

Sandy Wartgow BSN, RN
Carson City Health and Human Services



Cuestionario de Inmunización

NOMBRE del Paciente _____ Teléfono # (____) _____
 Dirección _____ Ciudad/Estad/Código Postal _____
 Fecha de Nacimiento Mes ____/Día ____/Año ____ Edad de Hoy ____ Sexo F M Le ha dado Varicela Yes No

Raza	Etnicidad	Número de Seguro Social # de paciente
<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	_____ - _____ - _____ <small>Requerido solamente si quiere acceso al expediente en línea de las vacunas de su Niño(a)</small>

Estafo de Cobertura Medico (Marque sólo una casilla) * Por favor, incluya una copia del frente y reverso de la tarjeta de seguro

Seguro Médico Privado: Nombre de la compañía de seguro Médico: _____
 Número de identificación de seguro Médico #: _____ Numero de Grupo: _____ Nombre de la Persona Primaria: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Medicaid / NV Check Up #: **Medicare #:** **Relación con la Persona Primaria:** _____

No tiene seguro Médico **Tiene seguro Médico, pero no cubre las vacunas**
* Por favor incluya \$20 por cuota de administración o lo que usted pueda pagar

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre LA PERSONA que se va a vacunar

1. ¿Esta enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Es alérgico a los huevos, medicamento, látex o algún componente de vacunas? Anote sus alergias: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Ha tenido alguna reacción seria o se a desmayado con alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Tiene cáncer, SIDA u otros problemas del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Ha tomado cortisona, prednisone o algún esteroide, medicina anticancer o radiación en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Ha recibido alguna medicina antiviral en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Ha recibido otras vacunas en los últimos 28 días, como la de influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre, le han dado gamma inmune (gama) Globulina en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
11. ¿Tiene problemas a largo plazo de diabetes, enfermedad Cardiaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, respira con silbido o asma, Anemia, o algún desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
12. ¿La persona que se va a vacunar hoy está embarazada o planea quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
13. ¿Ha sido vacunado(a) / a contra la influenza en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

He recibido y entiendo la hoja de información sobre la vacuna que será administrada. Autorizo a CCHHS a guardar esta información en el registro de Inmunizaciones de Nevada, a menos que yo especifique lo contrario. Entiendo que el Aviso de privacidad de CCHHS está disponible en gethealthycarsoncity.org/immunizations. Por este medio autorizo el pago directo a CCHHS de los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes.

Si mi seguro médico no paga o cubre los servicios, estoy de acuerdo que soy financieramente responsable de los saldos pendientes.

Firma del Cliente/Padre/Guardián _____ Fecha ____/____/____
Se requiere la firma de los padres/guardián para menores de 18 años

Escriba claro el nombre del Cliente/Padre/Guardián _____ Email: _____

CLINIC USE ONLY – POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE LA LINEA

Circle Location Below

				RD	LD	IM
--	--	--	--	----	----	----

Administered by: _____ Date: ____/____/____ Clinic Location: _____
(Write Legibly) First Initial Last Name Credential

Amount \$: _____ <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check	\$ Reconciliation: _____	WebIZ: _____	eCW/Scan: _____	eCW Charting: _____
---	---------------------------------	---------------------	------------------------	----------------------------

