2019 Seasonal Influenza Consent Form (English)

Complete the following for the person who is being vaccinated:

Patient Name: First_____ Middle_____ Last_____

Phone: (_____)_____ **Birth Date:** _____Month/_____ Day/_____Year **Age Today:** _____ **Gender:** ☐F ☐M

Mailing Address: _____ **City/State/Zip Code:** _____

Parent/Guardian Full Name: _____ **Mothers Maiden Name:** _____

Race (Check all that apply)	Ethnicity (Check one box)	*Social Security Number:
☐ White ☐ Black/African American ☐ Pacific Islander ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Asian	☐ Hispanic/Latino ☐ Not Hispanic/Latino	_____ - _____ - _____ *Required to access your immunization records online

Insurance Status (Check one box only) ** Insurance/Medicaid # is required if you are insured!*

☐ **Insured:** **Insurance Company:**_____

Policy ID #:_____ **Group #(if one applies):**_____

Policy Holder Name:_____ **Policy Holder Birth Date:** _____/_____/_____

Policy Holder Relationship to Patient:_____

☐ Medicaid / NV Check Up insurance #:	☐ Uninsured / No insurance (*If possible, attach $20 payment)

Questions for the person getting vaccinated today:

1. Is the person to be vaccinated sick today? If yes, what are their symptoms?	☐ YES	☐ NO
2. Has the person been vaccinated against influenza (flu) in the past?	☐ YES	☐ NO
3. Does the person have any allergies to medications, foods such as eggs, a vaccine component or latex? If yes, list:	☐ YES	☐ NO
4. Has the person ever had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain:	☐ YES	☐ NO
5. Has the person ever had Guillain-Barre Syndrome in the past?	☐ YES	☐ NO

Read below and sign:

I have received and understand the vaccine information statement(s) and I have had the opportunity to ask questions for the immunization(s) to be administered to me or the person named above, for whom I am authorized to make this request.

I agree to allow my immunization information or the person named above, for whom I am authorized to make this request, to be stored and accessed by authorized users in "Nevada's WebIZ" computer system unless I indicate otherwise.

I also agree to have my blood tested or the person named above, for whom I am authorized to make this request, for blood borne bacteria and viruses that may result in disease in the event a person is exposed to my blood or body fluids, or the person named above.

By signing this document, I declare that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize Carson City Health and Human Services (CCHHS) to bill my insurance carrier for services received by myself or my dependents. I authorize insurance reimbursement to be paid directly to CCHHS. I am responsible for any outstanding balance on my account or account(s) of my dependent(s). I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims and I agree to allow my medical records to be shared within CCHHS programs.

Signature: _____ **Date:** _____

Parent/Guardian signature required if under 18 years old

Acknowledgement

I Hereby Acknowledge That I Have Been Presented This Notice Of Health Information Practices.

_____ _____

Patient/Parent/Guardian Signature **Date**

_____ _____

Print Name **Child's Name**

Administered by: _____ Credential:_____ Date: ___/___/____ **RD** ☐ **LD** ☐ **IM** ☐ **Clinic Location:**_____

Amount $: _____ Cash ☐ Check ☐ $ Reconciliation: _____

2019 Seasonal Influenza Consent Form (Spanish)

Complete lo siguiente para la persona que está siendo vacunada:

Nombre: _____ **Segundo Nombre:**_____ **Apellido:** _____

Teléfono: (_____)_____ **Fecha de Nacimiento:** _____Mes/_____Día/_____Año **Edad de Hoy :** _____ **Sexo:** ☐F ☐M

Dirección: _____ **Cuidad/Estad/Código Postal:** _____

Nombre completo de Padre / Guardián: _____ **Nomber de Soltera:** _____

Raza (marque todo lo que corresponda)	Etnicidad (marque una casilla)	*Número de Seguro Social:
☐ Caucásico ☐ Afro-Americano ☐ Asiático	☐ Hispano/Latino	_____ - _____ - _____
☐ Americano Nativo ☐ Isleño del Pacifico	☐ No Hispano/Latino	*Requerido solamente si quiere acceso al expediente en línea de las vacunas

Clasificación de la cobertura médica (Marque sólo una casilla) * *¡Se requiere número de seguro/Medicaid si está asegurado!*

☐ **Seguro Médico Privado** **Nombre de la compañía de seguro Médico:**_____

Número de identificación de seguro Médico:_____ **Nombre de Grupo (si se aplica):**_____

Nombre de la Persona Primaria:_____ **Fecha de Nacimiento de la Persona Primaria:** _____/_____/_____

Relación con la Persona Primaria:_____

☐ **Medicaid / NV Check Up insurance #:**	☐ **No tiene seguro Médico (* Si es posible, incluya el pago de $20)**

Preguntas para la persona que recibe las vacuna(s) hoy:

1. ¿Está enferma la persona que va a vacunarse hoy? Si es así, ¿cuáles son sus síntomas?	☐ **SÍ**	☐ **NO**
2. ¿La persona ha sido vacunada contra la influenza (gripe) en el pasado?	☐ **SÍ**	☐ **NO**
3. ¿Tiene la persona alguna alergia a medicamentos, alimentos como huevos, un componente de vacuna o látex? Anote sus alergias:	☐ **SÍ**	☐ **NO**
4. ¿La persona ha tenido alguna reacción seria con alguna vacuna en el pasado? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:	☐ **SÍ**	☐ **NO**
5. ¿La persona ha tenido el síndrome de Guillain-Barre en el pasado?	☐ **SÍ**	☐ **NO**

Lea a continuación y firme:

He recibido y entiendo la (s) declaración (es) de información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la (s) inmunización (s) que se me administrarán a mí o a la persona mencionada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Acepto permitir que mi información de vacunación o la de la persona nombrada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud, sean almacenados y accedidos por usuarios autorizados en el sistema informático "Nevada's WebIZ" a menos que yo indique lo contrario.También acepto que me hagan un análisis de sangre o la persona mencionada anteriormente, para la que estoy autorizado a realizar esta solicitud, para detectar bacterias y virus que se transmiten a través de la sangre que pueden provocar una enfermedad en caso de que una persona esté expuesta a mi sangre o fluidos corporales, o la persona nombrada arriba.

Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi entender. Autorizo a Carson City Health and Human Services (CCHHS) a cobrar a mi compañía de seguro por los servicios recibidos por mí o por mis dependientes. Autorizo que el reembolso del seguro se pague directamente a CCHHS. Soy responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta o cuenta (s) de mi (s) dependiente (s).Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones de seguros y acepto permitir que mis registros médicos se compartan dentro de los programas de CCHHS.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Se requiere la firma de los padres/guardián para menores de 18 años

Reconocimiento

Por la presente reconozco que he recibido este aviso de prácticas de información de salud.

Firma del Cliente/Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Escriba claro el Nombre: _____ **Nombre de su Niño(a):** _____

Administered by: _____ Credential:_____ Date: ___/___/____ **RD** ☐ **LD** ☐ **IM** ☐ **Clinic Location:**_____

Amount $: _____ Cash ☐ Check ☐ $ Reconciliation: _____