

DON'T LET HISTORY REPEAT ITSELF



GET VACCINATED

CC Meneley ES	Douglas HS	Aspire	Pau-Wa-Lu MS	Zephyr Cove ES	Gardnerville ES
10/9/18	10/10/18	10/12/18	10/15/18	10/17/18	10/18/18
Scarselli ES	Pinion Hills ES	Jacks Valley ES	Carson Valley MS	Whittell HS	Minden ES
10/9/18	10/11/18	10/12/18	10/16/18	10/17/18	10/18/18

Bring your insurance card.

For your convenience we bill Medicare, Medicaid, and most private Insurances.

***We are not a contracted provider for labor unions or Tricare; cost is \$35.**

For uninsured or underinsured, the flu shot is \$20.



Visit us on twitter @CCHealthEd, like us on Facebook at CCHHS or visit our website at gethealthycarsoncity.org
For more information contact us at: (775) 283-7905 or crioux@carson.org
All Insured are responsible for confirming their flu vaccination coverage.



Influenza Immunization Questionnaire / Consent Form

Patient Name: _____ Gender F M Phone (____) _____

Mailing Address _____ Unit/Apt#: _____ City/State/Zip Code _____

Birth Date ____ Month/ ____ Day/ ____ Year Age Today ____ History of Chicken Pox: Yes (Verbal report; MD/lab confirmed) No

Race (Check one box only)		Ethnicity (Check one box only)		Patient's Social Security #
<input type="checkbox"/> Caucasian	<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino		Required to access your immunization records online

Insurance Status (Check one box only) * Please include a copy of the front and back of insurance card

Insured: Insurance Company: _____ Insurance/ID #: _____
 Group #: _____ Policy Holder Name: _____ Birth Date: ____/____/____

Medicaid / NV Check Up #: _____ **Medicare #:** _____ **Policy Holder Relationship to Patient:** _____

Uninsured / No insurance * Please include \$20 for administration fee or whatever you can afford

Insured, but vaccines are not a covered benefit * Please include \$20 for administration fee or whatever you can afford

Please answer the following questions about THE PERSON to be vaccinated

1. Been vaccinated against influenza (flu) in the past?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
2. Sick today?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
3. Allergic to eggs, latex, food, medication, vaccine ingredients? If yes, list:	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
4. Had a serious reaction to or fainted with previous immunization?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
5. Had Guillain-Barre syndrome in the past?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
6. Had seizure or other nervous system problem?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
7. Have cancer, AIDS or other immune system problems?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
8. Taken cortisone, prednisone or any steroids, anti-cancer drugs, or radiation in the last 3 months?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
9. Received antiviral drugs in the last 3 months?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
10. Received any other immunizations, including influenza, in the last month? If yes, list:	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
11. Received a blood or blood product transfusion, or been given immune (gamma) globulin in the last year?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
12. Have long-term medical problems: diabetes, heart, kidney or lung disease, asthma, wheezing or blood disorders?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
13. Pregnant or plan to become pregnant in the next month?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

I have received and understand the vaccine information sheet(s) for the immunization(s) to be administered. I authorize CCHHS to enter this information into the Nevada Immunization Registry, unless otherwise specified. I understand the CCHHS Notice of Privacy is available at gethealthycarsoncity.org/immunizations. I hereby authorize & direct payment of medical benefits to CCHHS for any services provided to me or my dependents.

If my carrier deems these services non-payable, I agree that I am financially responsible for any outstanding balances.

Client/Parent/Guardian Signature _____ Date ____/____/____
Parent/Guardian signature required if under 18 years old

Client/Parent/Guardian Print Name _____ Email: _____

CLINIC USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE **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: _____	Trans RX: _____	eCW/Scan: _____	eCW Charting: _____
--	--------------------------	-----------------	-----------------	---------------------



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 Sí (Informe Verbal MD o laboratorio confirmado) 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 Pacifico	<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
* Por favor incluya \$259 por cuota de administración o lo que usted pueda pagar

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. ¿Ha sido vacunado(a) / a contra la influenza en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Esta enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Es alérgico a los huevos, medicamento, látex o algún componente de vacunas? Anote sus alergias: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha tenido alguna reacción seria o se a desmayado con alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Tiene cáncer, SIDA u otros problemas del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Ha tomado cortisona, prednisona o algún esteroide, medicina anticancer o radiación en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Ha recibido alguna medicina antiviral en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Ha recibido otras vacunas en los últimos 28 días, como la de influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
11. ¿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
12. ¿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
13. ¿La persona que se va a vacunar hoy está embarazada o planea quedar embarazada?	<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 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: _____	Trans RX: _____	eCW/Scan: _____	eCW Charting: _____
---	---------------------------------	------------------------	------------------------	----------------------------