COVID-19 + FLU VACCINE CONSENT FORM

Información sobre la persona que recibirá la vacuna (en letra de imprenta de favor)

Clinic Use: M12+ M6m-11y
Nvx Pf12+ Pf5-11y Pf6m-11y
6m-4yo Dose: 1st 2nd 3rd

Nombre/Apellido: _____ **Fecha de Nacimiento**: _____ **Edad**: _____ **Sexo**: ☐Masc. ☐Fem.

Raza: ☐Asiático/a ☐Negro/a ☐Americano/a Nativo/a ☐Isleño del Pacífico ☐Blanco/a ☐Otro/a **Etnicidad**: Hispánico/a sí☐no☐

Domicilio: _____ **Ciudad**: _____ **Estado**: _____ **Código**: _____

Número telefónico: _____ **Tiene Medicare o Medicaid?** No☐ Sí☐ -Número:_____

Tiene aseguranza? No☐ Sí☐ Compañía:_____ Póliza/ID#:_____

Indique el nombre del titular de la póliza, la fecha de nacimiento y la dirección, si no es usted: _____

Cuestionario Y Consentimiento de Vacunación

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

¿Está enferma/o hoy?	☐ No ☐Yes ☐No Sé
¿Tiene alergias a algún medicamento, un alimento, vacuna o látex? Enumere todas las alergias: _____	☐ No ☐Yes ☐No Sé
¿Alguna vez, ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	☐ No ☐Yes ☐No Sé
¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección por el virus del COVID-19?	☐ No ☐Yes ☐No Sé
¿Recibió Ud., una dosis de la vacuna de COVID-19 anteriormente? Si es así, cual es la Fecha de la vacunación más recién?_____ Para **edades entre 6 meses y 4 años**, por favor conteste lo siguiente: ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 ha recibido hasta hoy? ☐0 dosis ☐1 dosis ☐2 doses ☐3 doses Fecha de 1ª dosis: _____ Fecha de 2ª dosis:_____ Fecha de 3ª dosis:_____ Tipo/Marca:_____	☐ No ☐Yes ☐No Sé
¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	☐ No ☐Yes ☐No Sé
¿Alguna vez se ha sentido mareado, o se desmayó antes, durante o después de una inyección?	☐ No ☐Yes ☐No Sé
¿Está ansioso por recibir la vacuna hoy?	☐ No ☐Yes ☐No Sé
Si tiene más que 65 años, ¿Se le aplicó alguna vez una vacuna contra la neumonía? Si es el caso, ¿En qué ano?: PPSV23_____ PCV15 o 20_____	☐ No ☐Yes ☐No Sé

Al firmar a continuación, presto mi consentimiento a Carbon County Public Health Office (PHN) para que me administren las vacunaciones actuales apropiadas para mí. También, he leído o se me han explicado, y entiendo las Declaración(es) de información sobre la vacuna de las vacuna(s), o la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la vacuna(s) que se administrarán hoy. Un profesional de servicios de salud proporciono información y asesoramiento sobre cada vacuna, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.

Firma del Cliente: _____ Fecha _____

Billing Authorization

By signing below, I authorize the PHN to bill my insurance company for the vaccine(s) administered to me. I also authorize the PHN to disclose my protected health information to my insurance company for payment purposes. I authorize my insurance benefits to be paid directly to the PHN. In the event that the service is not covered, I am aware that I am financially responsible for any and all services provided to me.

Firma del Cliente: _____Fecha_____

Por favor sigue atrás →

COVID-19 + FLU VACCINE CONSENT FORM

Name: _____ **Birth Date**: _____

Reconocimiento de Recepción del Aviso de las Políticas de Privacidad:
El Aviso de las Políticas de Privacidad explica cómo el Departamento de Salud Pública de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés) podría usar o divulgar su información. Aunque no se incluyen todas y cada una de las situaciones que pudieran presentarse, el WDH tiene la obligación de proporcionar a sus clientes un aviso de las prácticas de privacidad relacionado con la información que nosotros utilizamos, archivamos y compartimos.
Al firmar a continuación, acuso recibo del Aviso de las Políticas de Privacidad**:**

Client Signature: _____Date_____

Clinic Use Only

Clinic site: _____ ***Date of vaccine***: _____

VFC Eligibility Screening for 18 years and under ONLY: *(if any of the following apply, patient is VFC Eligible):*

Medicaid Uninsured American Indian/Alaska Native Under-Insured (Insurance does not cover)

If none of above, not eligible to receive VFC Flu or COVID Vaccine

COVID VACCINE: ***Another dose required? Yes No Date:_____***

Vaccine Stock Type: Private-Adult Private-Pediatric Adult Bridge VFC

Dose: ☐Pfzr Yellow Cap 3mcg/0.3ml (6m-4y) ☐Pfzr Blue Cap 10mcg/0.3ml (5-11y) ☐Pfzr 30mcg/0.3ml (12+y)

☐M 0.25ml/25mcg (6m-11y) ☐M 0.5ml/50mcg (12+yrs) ***Comments:***

☐Nvx 0.5ml (12+yrs) ☐Nvx Bstr 0.5ml (18+yrs)

Site of IM injection: ☐RDT ☐LDT ☐RVL ☐LVL ***VIS/EUA Fact Sheet Provided***: *Yes No* ***Lot number***: _____

Signature & title of vaccine administrator: _____

INFLUENZA VACCINE:

Booster Required? Yes No Date:_____

Vaccine:_____ *Vaccine Stock Type: Private-Adult Private-Pediatric Adult Free VFC*

Dose: ☐0.25ml ☐0.5ml ☐0.7ml High Dose ***Comments:***

Site of IM injection: ☐RDT ☐LDT ☐RVL ☐LVL ***VIS/EUA Fact Sheet Provided***: *Yes No* ***Lot number***: _____

Signature & title of vaccine administrator: _____

Dosage Schedule for Influenza Vaccine:

Age Group	Dosage Schedule
9 Years and older	**0.5ML: One dose**
3-8 Years	**0.5 ML: One dose***
6 Months - 35 Months	**0.25 ML or 0.5 ML: One dose*†**

** For children younger than 9 years of age, refer to the most recent ACIP Recommendations to determine the need for one or two doses. If two doses are needed, separate the doses by at least 4 weeks.*

†Dosage for age may vary by brand of vaccine. See package insert.

Billed☐ WYIR☐