

Office Use Only

# Flu Immunization Clinic Information

## Drive-thru Form

Vaccine Information Statements



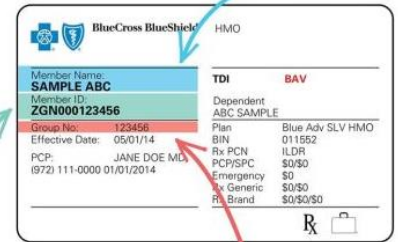
Thank you for attending the Weber-Morgan Health Department Flu Drive-Thru Clinic. For your safety and the safety of others, please remain in your car and follow signs and those directing traffic. It is recommended that everyone over the age of 6 months receive an annual influenza vaccine to prevent illness and hospitalizations. Tdap and Pneumococcal vaccines will also be offered to adults. It is recommended that everyone receive a Tdap or Td booster every 10 years. Pneumococcal vaccine is recommended for all adults age 65 and older, and for some individuals younger than 65 with certain medical conditions.

- Fill out **both** sides of this form.
- Please read the **Vaccine Information Statements**, which can be accessed by scanning the QR code above.

WMHD can bill the following insurance companies; however, we recommend that you verify that your insurance plan is in network with WMHD. Primary Care Physician referrals may be required.

- Aetna
- Deseret Mutual
- Health Choice
- Medicare
- Samera Health (T&C network only)
- UMR
- BlueCross BlueShield
- Educators Mutual
- HealthEZ (OSD only)
- Molina
- SelectHealth
- United Health
- CHIP
- GEHA
- Medicaid
- PEHP
- TRICARE
- University of Utah

### Subscriber/Policy Holder Name



Policy/ID #

Group #

Please choose one of the following payment categories (ALL information must be completed in order for us to bill) If you have more than one insurance, check ALL that apply. PLEASE ATTACH A COPY OF YOUR INSURANCE CARD.

- 1) The patient one or more of the insurances listed above\* (Please list Medicaid or Medicare on options 2 or 3) **(W)**
- Primary Insurance: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_
- Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Subscriber Date of Birth: \_\_\_\_\_
- Secondary Insurance: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_
- Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Subscriber Date of Birth: \_\_\_\_\_
- 2) The patient has\*:  Medicaid -or-  CHIP **(0-18 VFC) (19+ W)**
- Check one:  Traditional Medicaid  Health Choice  Molina  SelectHealth  University of Utah
- Member ID/Medicaid #: \_\_\_\_\_ CHIP Policy # (SelectHealth Only): \_\_\_\_\_
- 3) The patient has\*:  Medicare (Part B) -or-  Medicare Advantage Plan **(W)**
- Medicare #: \_\_\_\_\_  Medicare Railroad
- Insurance Name: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Payer ID #: \_\_\_\_\_
- Medical Claims Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_
- 4) The patient has NO insurance please pay outreach fee:\*\* **(0-18 VFC) (19+ SP or W)**
- Adults (age 19+): Flu Shot \$20, Flu Mist \$50, Flucelvax \$63, Flublok \$102, High Dose Flu \$102, Tdap \$20, Prevnar20 \$20
- Children (age 0-18): Flu Shot \$20, Flu Mist \$20
- 5) The patient has insurance that pays for immunizations NOT listed on this form, please self-pay fee:\*\* **(W)**
- Adults & Children: Flu Shot \$50, Flu Mist \$50, Flucelvax \$63, Flublok \$102, High Dose Flu \$102, Tdap \$82, Prevnar 20 \$322
- 6) The patient has insurance, but it does NOT cover vaccinations, please pay self-pay fee:\*\* **(W)**
- Adults & Children: Flu Shot \$50, Flu Mist \$50, Flucelvax \$63, Flublok \$102, High Dose Flu \$102, Tdap \$82, Prevnar 20 \$322

\*\*If payment is indicated, it needs to be paid on the day of the clinic.\*\*

**Cash or check is acceptable. Please make check payable to "WMHD".**

If you would like us to send you an itemized receipt to submit to your insurance – please call (801)399-7250.

**WEBER-MORGAN HEALTH DEPARTMENT**

### Drive-thru Flu Clinic Consent Form

Patient's name:		Gender (circle one): <b>Female</b> <b>Male</b>	Date of Birth:	Age:
Phone:	Email:		SSN:	
Address:		City:	Zip Code:	
Ethnicity (circle one): <b>Hispanic</b> <b>Non-Hispanic</b>	Race:	Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian DOB:	

**The person receiving the vaccine:**

- |   | <b>YES</b>               | <b>NO</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. has been ill in the last week with anything more severe than a cold?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. has a serious allergy to any foods or medications? <i>If yes, please list:</i> _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. has had a serious reaction to a previous vaccination?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. has a history of Guillain-Barre Syndrome or had a seizure, brain or nerve problem? <i>If yes, please circle.</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. has taken antiviral medication in the last 2 weeks?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. has had a vaccine in the last month? <i>If yes, please list vaccine(s) &amp; date:</i> _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. is receiving aspirin therapy or medication that suppresses immune system (e.g. chemotherapy)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. is pregnant, or has a chronic illness such as heart disease, lung disease (including asthma), kidney disease, neurologic disease, liver disease, metabolic disease (e.g. diabetes), a spinal fluid (CSF) leak, an immunocompromising condition, missing or non-functioning spleen or a cochlear implant?<br><i>If yes, please circle and describe:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**I would like to receive the Flu vaccine today.**                      YES     NO     **Preference:** Shot     Mist

**I would like to receive the Tdap vaccine today.**                      YES     NO

**I would like to receive the Prevnar 20 vaccine today.**                      YES     NO

*I have read, or had explained to me, the information contained in the Vaccine Information Statement for the person receiving the vaccine(s). I understand the benefits & risks of the vaccine(s) & request that the vaccine(s) be given to me or the person for whom I am authorized to make this request. I agree that this information may be shared with schools, daycare centers, healthcare providers & others when medically necessary. I understand that it is my responsibility to know what my insurance plan covers & agree to pay the portion not covered by my insurance. I understand that if Weber-Morgan Health Department does not have a contract with my insurance company, or my insurance company denies payment, I am responsible for all charges incurred. I am hereby notified that the Weber-Morgan Health Department's Notice of Privacy Practices & Patient Responsibility Form are located at [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org) & I have had a chance to ask questions. Vaccine Information Statements can be accessed by scanning the QR code on the opposite side of this form & I have had an opportunity to review these & ask questions.*

**Patient/Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_

\*\*\* Space below for Office Use Only \*\*\*

The Stock Used is:    **VFC**     **Weber**     **Special Project**                       Date: \_\_\_\_\_

**Vaccine Given:**

- FluMist** (2-49 yrs) \_\_\_\_\_ 0.2ml [90672]
- Flucelvax** (≥ 6 mos) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90674]
- Flublok** (18 +) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90682]
- HD Flu** (65 +) \_\_\_\_\_ 0.7ml [90662]
- Flu PFS** ( ≥ 6 mos) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90686]
- Tdap** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90715]
- Prevnar 20** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90677]

**Site:**                      Nurse's Initials \_\_\_\_\_

- Nasal
- L  R Del/Thigh
- L  R Del/Thigh
- L  R Del/ Thigh
- L  R Del/Thigh
- L  R Del/Thigh
- L  R Del/Thigh

**Notes:** \_\_\_\_\_

Uso exclusivo de oficina

CA/CK

# Información de la Clínica de Vacunación contra la Gripe Formulario de Consentimiento

Vaccine Information Statements



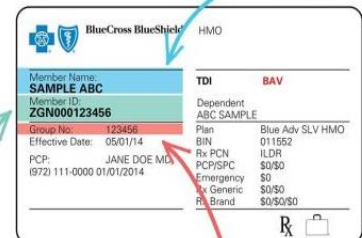
Gracias por asistir a la Clínica Drive-Thru del Departamento de Salud de Weber-Morgan. Para su seguridad y la seguridad de los demás, permanezca en su automóvil y siga las señales y las personas que dirigen el tráfico. Se recomienda que todas las personas mayores de 6 meses reciban una vacuna anual contra la influenza para prevenir enfermedades y hospitalizaciones. Las vacunas Tdap y Neumocócica también se ofrecerán a los adultos. Se recomienda que todos reciban un refuerzo de Tdap o Td cada 10 años. Las vacunas Neumocócicas se recomiendan para todos los adultos mayores de 65 años y para algunas personas menores de 65 años con ciertas afecciones médicas.

- Por favor complete **ambos** lados de este formulario y envíelo a la escuela el día de la clínica
- Por favor lea las **declaraciones informativas sobre la vacuna**, al que se puede acceder escaneando el código QR arriba.

WMHD puede facturar a las siguientes compañías de seguros; sin embargo, le recomendamos que verifique que su plan de seguro esté en la red con WMHD. Es posible que se requieran referencias de su médico primaria.

- Aetna
- BlueCross BlueShield
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Health Choice
- HealthEZ (OSD solo)
- Medicaid
- Medicare
- Molina
- PEHP
- Samera Health (solo grupo de T&C)
- SelectHealth
- TRICARE
- United Health
- University of Utah
- UMR

### Subscriber/Policy Holder Name



Policy/ID #

Group #

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago: (*Toda* la información debe de ser completada para que podamos facturar) Si tiene más de un seguro, marque **TODOS** los que correspondan. **ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO.**

1) El paciente tiene cobertura de uno de los seguros médicos incluidos arriba.\* (Si es Medicaid o Medicare usa opción 2 or 3) **(W)**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_  
 Seguro Segundo: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

2) El paciente tiene\*:  Medicaid -or-  CHIP **(0-18 VFC) (19+ W)**

Selecciona uno:  Medicaid Tradicional  Health Choice  Molina  SelectHealth  University of Utah  
 Member ID/Medicaid #: \_\_\_\_\_ CHIP Policy # (SelectHealth solo): \_\_\_\_\_

3) El paciente tiene\*:  Medicare (Part B) -or-  Medicare Advantage Plan **(W)**

Medicare #: \_\_\_\_\_  Medicare Railroad  
 Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Payer ID #: \_\_\_\_\_  
 Medical Claims Address: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

4) El paciente no tiene seguro médico.\*\* **(0-18 VFC) (19+ SP or W)**

Adultos (mayores de 19 años): Vacuna contra la gripe \$20, influenza intranasal \$50, Flucelvax \$63, Flublok, \$102 Dosis alta contra la gripe \$102, Tdap \$20, Neumocócica 20 \$20,  
Niños (de 0 a 18 años): Vacuna contra la gripe \$20, Influenza intranasal contra la gripe \$20

5) El paciente tiene seguro médico que cubre las vacunas pero no está en la lista incluida en este formulario.\*\* **(W)**  
-O-

6) El paciente tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas.\*\* **(W)**

Adultos y Niños: Vacuna contra la gripe \$50, Intranasal contra la gripe \$50, Flucelvax \$63, Flublok \$102, Alta dosis contra la gripe \$102, Tdap \$82, Neumocócica 20 \$322

\*\*Si se indica pago, debe pagarse el día de la clínica.\*\*

**Se aceptan pagos en efectivo y con cheque. Por favor, haga los cheques a la orden de "WMHD".**

Si desea que le enviemos un recibo detallado para enviarlo a su seguro, llame al (801) 399-7250.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN

**Formulario de Consentimiento**

Nombre Legal:		Sexo (circule uno): <b>Masc. Fem.</b>		Fecha de nacimiento:	Edad:
Número de teléfono:	Correo electrónico:			Seguro Social:	
Domicilio:			Ciudad:	Código Postal:	
Etnicidad (circule uno): <b>Hispana No-Hispana</b>		Raza:	Nombre de Padre/Guardian legal:	Fecha de nacimiento de Padre/Guardian legal:	

**La persona que recibe la vacuna**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                |
| 9. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Ha tenido alguna alergia grave a algún alimento o medicamento?<br>Si contestó Sí, por favor enumere: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré o ha tenido convulsiones, problemas cerebrales o nerviosos? <i>En caso afirmativo, circule.</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tomado medicamentos antivirales en las últimas 2 semanas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido una vacuna en el último mes?<br>En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) y la fecha: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Está recibiendo terapia con aspirina o medicamentos que inhiben el sistema inmunitario (p. ej., quimioterapia)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Está embarazada o tiene una enfermedad crónica como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (incluyendo asma), enfermedad del riñón, enfermedad neurológica, enfermedad hepática, enfermedad metabólica (p. ej. diabetes), fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR), una condición inmunocomprometida, falta del bazo o que no funciona o un implante coclear? <i>Si contestó Sí, por favor describir:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Me gustaría recibir la vacuna contra la gripe hoy. SÍ  NO  Preferencia: Vacuna  Intranasal**
- Me gustaría recibir la vacuna Tdap hoy. SÍ  NO**
- Me gustaría recibir la vacuna Neumocócica 20 hoy. SÍ  NO**

*He leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración Informativa sobre la Vacuna para la persona que recibe la vacuna. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna me sea aplicada, o le sea aplicada a la persona por quien estoy autorizado a presentar esta solicitud. Acepto que esta información pueda ser compartida con escuelas, guarderías infantiles, profesionales de la salud y otras personas cuando sea médicamente necesario. Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura de mi plan de seguro médico y acepto pagar la parte no cubierta por mi seguro. Entiendo que si el Departamento de Salud de Weber-Morgan no tiene contrato con mi seguro médico, o si mi seguro médico se niega a pagar, soy responsable por todos los gastos incurridos. Por la presente se me notifica de que el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Weber-Morgan y las Declaraciones Informativas sobre las Vacunas están disponibles en su página web [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org) o con el código QR y he tenido la oportunidad de formular preguntas.*

**Firma del Paciente/Padre/Guardian legal:** \_\_\_\_\_

\*\*\* El siguiente espacio es para uso exclusivo de la oficina \*\*\*

The Stock Used is: <b>VFC</b> <input type="checkbox"/> <b>Weber</b> <input type="checkbox"/> <b>Special Project</b> <input type="checkbox"/>	Date: _____
<b>Vaccine Given:</b>	<b>Site:</b> Nurse's Initials _____
<input type="checkbox"/> <b>FluMist</b> (2-49 yrs) _____ 0.2ml [90672]	Nasal
<input type="checkbox"/> <b>Flucelvax</b> (≥ 6 mos) _____ 0.5ml [90674]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Flublok</b> (18 +) _____ 0.5ml [90682]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>HD Flu</b> (65 +) _____ 0.7ml [90662]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/ Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Flu PFS</b> (≥ 6 mos) _____ 0.5ml [90686]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> _____ 0.5ml [90715]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Prevnar 20</b> _____ 0.5ml [90677]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh

**Notes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_