

Weber-Morgan Health Department
2021 School Flu Clinic Calendar

OCTOBER 2021

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
				1 WMHD Drive Thru Flu Clinic 10 am – 2 pm
4 9:00- North Ogden Elementary 9:00- Riverdale 1:30- Taylor Canyon 1:30- TO Smith	5 9:00- Kanesville 9:00- Green Acres 1:30- Wash Terrace 1:30- H Guy Child	6 9:00- Pioneer 9:00- Burch Creek 1:00- South Ogden Jr 1:30- Good Foundations Academy	7 9:00- Farr West 9:00- Roosevelt 1:30- Valley View 1:00- TH Bell Jr	8
11 Columbus Day	12 9:00- West Weber 9:00- Mound Fort Jr 1:00- Highland Jr	13	14	15
18 9:00- Wahlquist Jr 9:00- North Park 1:30- Lakeview	19 9:00- Midland 9:00- Plain City 1:30- Country View 1:30- Canyon View	20 9:00- Freedom 2:00- Leadership Learning Academy	21 9:00- Hooper 9:00- Valley 1:00- Snowcrest Jr 1:30- Municipal	22
25 9:00- Roy Jr 9:00- Rocky Mtn Jr 1:30- Orchard Springs 1:30- James Madison	26 9:00- Silver Ridge 9:00- Roy Elementary 1:00- North Ogden Jr	27 9:00- West Haven 9:00- Bates	28 9:00- Sand Ridge Jr 9:00- Lomond View 2:00- District Office 2:00- Weber Innovations Center	29

NOVEMBER 2021

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
1 9:00- Lincoln 1:30- Shadow Valley	2 9:00- Wasatch 1:30- Odyssey	3 9:00- Hillcrest 9:00- Bonneville 1:30- East Ridge	4 1:30- New Bridge 1:00- Mt Ogden Jr	5
8 9:00- Heritage	9	10 Veteran's Day	11	12

School Flu Immunization Clinic Information

Grades K-5 & 7-9

Office Use Only
CA/CK

Dear Parent or Guardian:

Your school and Weber Morgan Health Department (WMHD) are pleased to announce they are partnering to provide an Immunization Clinic at your child's school. It is recommended that everyone over 6 months of age receive an annual influenza vaccine to prevent illness and hospitalizations. School nurses and WMHD nurses will be offering these vaccinations to all students at your child's school. Parents and siblings are welcome to attend with their child and may receive vaccinations at the same time.

- For Clinic dates and times, see the attached calendar.
- Please read the vaccine information statements at www.webermorganhealth.org or call 801-399-7250 for a paper copy. They will answer questions you may have regarding these vaccines.
- Please fill out both sides of this form.
- Please send the completed form back to the school on the day of the clinic.
- You can also find copies of this form & the calendar at www.webermorganhealth.org or your school website.

Weber Morgan Health Department can bill the following insurance companies if your child is covered by them:

- | | | |
|--|---|---|
| • Aetna/Altius | • GEHA | • TRICARE* |
| • Blue Cross Blue Shield*
(*Except Focal Point) | • Medicaid | (*May need referral from PCP) |
| • CHIP | • PEHP | • UMR |
| • Deseret Mutual | • Samera Health*
(*T&C Network Only) | • United Health Care*
(*Except Railroad Employees) |
| • Educators Mutual | • Select Health | • University of Utah |

Please choose one of the following payment categories:

(*If you have more than one insurance, please check ALL that apply.)

- ☐ My child has Medicaid or CHIP. ****Please attach a copy of Medicaid/CHIP card.**
(All information must be completed in order for us to bill)
HMO/ACO Name: _____ Policy/Member ID #: _____
- ☐ My child has one or more of the insurances listed above. ****Please attach a copy of insurance card(s).**
(All information must be completed in order for us to bill your insurance)
#1 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Group #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____

#2 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Group #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____
- ☐ My child has **NO** insurance. Please attach \$20.*
- ☐ My child has insurance that pays for immunizations but it is **NOT** listed on this form. Please attach \$30.*
- OR—
- ☐ My child has insurance, but it does **NOT** cover vaccinations. Please attach \$30.*

**If payment is indicated, it needs to be sent with the consent form 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.

Payment information must be filled out on the front of this form.

WEBER MORGAN HEALTH DEPARTMENT
Encounter – Permission Form Grades K-5 & 7-9

Please fill out the following information for the person receiving the vaccine.

Legal Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

Address: _____ City: _____ ZIP Code: _____

Telephone #: _____ Cell Phone #: _____

Race: _____ Ethnicity: _____ Sex: _____ School Child is Enrolled in: _____

Mother's Maiden Name: _____

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 and risks of the vaccine(s) and 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 and others when medically necessary. I understand that it is my responsibility to know what my insurance plan covers and 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 and Vaccine Information Statements are located on their web site at www.webermorganhealth.org and I have had a chance to ask questions about how my public health information will be used.

Has the person receiving the vaccine:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. been ill in the last week with anything more severe than a cold? | ☐ No | ☐ Yes |
| 2. had a serious reaction to a previous vaccination? | ☐ No | ☐ Yes |
| 3. been paralyzed by Guillain-Barre Syndrome? | ☐ No | ☐ Yes |
| 4. had a serious allergy to any foods or medications? | ☐ No | ☐ Yes |

If yes, please list: _____

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 5. I would like my child to have the Flu vaccine today: | ☐ No | ☐ Yes |
|---|-----------------------------|------------------------------|

Parent/Guardian Name (Please Print): _____

Parent/Guardian Signature: _____

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

The Stock Used is: VFC ☐ Weber ☐

Vaccine Given:

☐ Flu _____ 0.5cc

Site:

☐ L ☐ R Del

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes:

School Immunization Clinic Information

Adult Form

Office Use Only
CA/CK

Your school and Weber Morgan Health Department (WMHD) are pleased to announce they are partnering to provide an Immunization Clinic at your school. It is recommended that everyone over 6 months of age receive an annual influenza vaccine to prevent illness and hospitalizations. Tdap, MMR, and Varicella vaccines are required for all school staff. School nurses and WMHD nurses will be offering these vaccinations to all staff at your school. Hepatitis B vaccine is also recommended and will be offered as well.

- For Clinic dates and times, see the attached calendar.
- Please read the vaccine information statements at www.webermorganhealth.org or call 801-399-7250 for a paper copy. They will answer questions you may have regarding these vaccines.
- Please fill out **both** sides of this form.
- Please send the completed form back to the school on the day of the clinic.
- You can also find copies of this form & the calendar at www.webermorganhealth.org or your school website.

Weber Morgan Health Department can bill the following insurance companies if your child is covered by them:

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| • Aetna/Altius | • GEHA | • TRICARE* |
| • Blue Cross Blue Shield*
(*Except Focal Point) | • Medicaid | (*May need referral from PCP) |
| • CHIP | • PEHP | • UMR |
| • Deseret Mutual | • Samera Health*
(*T&C Network Only) | • United Health Care* |
| • Educators Mutual | • Select Health | (*Except Railroad Employees) |
| | | • University of Utah |

Please choose one of the following payment categories:

(*If you have more than one insurance, please check ALL that apply.)

- ☐ I have Medicaid/Medicare. ****Please attach a copy of Medicaid/Medicare card.**
(ALL information must be completed in order for us to bill)
HMO/ACO Name: _____ Policy/Member ID #: _____
- ☐ I have one or more of the insurances listed above. ****Please attach a copy of insurance card(s).**
(ALL information must be completed in order for us to bill your insurance)
#1 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Group #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____
#2 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Group #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____
- ☐ My insurance company is not listed above:
Please attach the following: Flu \$30, High Dose Flu \$70, Tdap \$56, MMR \$103, Hepatitis B \$116*
- ☐ I do not have insurance. Please attach the following: Flu \$30, High Dose Flu \$70, Tdap \$20, MMR \$103, Hepatitis B \$20*

**If payment is indicated, it needs to be sent with the consent form 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.

(If you need the varicella vaccine, please call Lyndsey (801)399-7239 to request the form and for us to bring it to the clinic)

WEBER-MORGAN HEALTH DEPARTMENT
Encounter – Adult Permission Form

Please fill out the following information for the person receiving the vaccine.

Legal Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

(Please Print)

Address: _____ City: _____ ZIP Code: _____

Telephone #: _____ Cell Phone #: _____

Race: _____ Ethnicity: _____ Sex: _____ School Site: _____

I have been given a copy and 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 and risks of the vaccine(s) and 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 and others when medically necessary. I understand that it is my responsibility to know what my insurance plan covers and 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 is located on their web site at www.webermorganhealth.org and I have had a chance to ask questions about how my public health information will be used.

Has the person receiving the vaccine:

- ☐ Yes ☐ No 1. been ill in the last week with anything more severe than a cold?
- ☐ Yes ☐ No 2. been on antiviral medication in the last 48 hours?
- ☐ Yes ☐ No 3. had any vaccines in the last month?
- ☐ Yes ☐ No 4. had a serious reaction to a previous vaccination?
- ☐ Yes ☐ No 5. been paralyzed by Guillain-Barre Syndrome?
- ☐ Yes ☐ No 6. had a serious allergy to any foods or medications? If yes, please list: _____
- ☐ Yes ☐ No 7. had a seizure, brain, or nerve problem?
- ☐ Yes ☐ No 8. had thrombocytopenia (low platelet count)?
- ☐ Yes ☐ No 9. been on chemo/radiation therapy, anticancer drugs or steroid medications in the last 3 months?
- ☐ Yes ☐ No 10. had immune (gamma) globulin or blood transfusions in the last year?
- ☐ Yes ☐ No 11. have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem? If yes, please list: _____
- ☐ Yes ☐ No 12. (Females Only) Are you pregnant or planning to be pregnant in the next 4 weeks?

Requested Vaccine (s):	Influenza Injectable	☐
	High Dose Flu Injectable (65+ Only)	☐
	Tdap (Tetanus, Diphtheria and Pertussis)	☐
	MMR (Measles, Mumps, and Rubella)	☐
	Hepilisav B (Hepatitis B)	☐

Signature: _____

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

Vaccine(s) Given:

☐ Weber Flu	_____	0.5 cc
☐ Weber High Dose Flu	_____	0.5 cc
☐ Weber MMR	_____	0.5 cc
☐ Weber Tdap	_____	0.5 cc
☐ Special Project Tdap	_____	0.5 cc
☐ Weber Hepilisav B	_____	0.5 cc
☐ Special Project Hepilisav B	_____	0.5 cc

Site:

☐ L ☐ R Del
☐ L ☐ R Del
☐ L ☐ R Del
☐ L ☐ R Del
☐ L ☐ R Del
☐ L ☐ R Del

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes: _____

Información sobre la Clínica de Vacunación contra la Gripe en la Escuela

Kindergarten a 5º grado y 7º a 9º grado

Estimados Padres y Tutores:

Su escuela primaria y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica de vacunación contra la gripe en la escuela de su hijo. Se recomienda que todos los niños mayores de 6 meses reciban una vacuna contra la gripe anualmente para prevenir la enfermedad y las hospitalizaciones. Las enfermeras escolares y el personal de enfermería del departamento de salud ofrecerán vacunas contra la gripe a todos los alumnos de la escuela primaria de su hijo. Los padres y los hermanos están invitados a presentarse con el alumno y podrán recibir la vacuna en el mismo momento.

- **Para conocer los días y horarios de la Clínica,** consulte el calendario adjunto. También puede visitar la página web de su escuela, o visitar www.webermorganhealth.org.
- **Lea las declaraciones informativas sobre las vacunas en** www.webermorganhealth.org o llame al número 801-399-7250 para obtener una copia impresa. Allí podrá obtener respuestas a las preguntas que pueda tener acerca de estas vacunas.
- **Por favor complete ambos lados de esta forma.** También puede ir al sitio web de la escuela, o ir a www.webermorganhealth.org e imprimir los formularios.
- **Envíe el formulario completo de regreso a la escuela el día de la clínica.**

El Departamento de Salud de Weber-Morgan puede facturar a las siguientes compañías de seguro médico si su hijo está cubierto por alguna de ellas:

- | | | |
|--|---|---|
| • Aetna/Altius | • GEHA | • TRICARE* |
| • Blue Cross Blue Shield*
(*Except Focal Point) | • Medicaid | (*May need referral from PCP) |
| • CHIP | • PEHP | • UMR |
| • Deseret Mutual | • Samera Health*
(*T&C Network Only) | • United Health Care*
(*Except Railroad Employees) |
| • Educators Mutual | • Select Health | • University of Utah |

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago (*Si tienes mas que un seguro favor de seleccionar las*):

- ☐ **Mi hijo tiene Medicaid o CHIP.** ****Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid/CHIP****
(Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar)
Nombre del HMO/ACO: _____ Número de Póliza: _____
- ☐ **Mi hijo tiene cobertura de uno de los seguros médicos incluidos arriba.**
(Toda la información debe de ser completada para que podamos enviar la factura a su seguro médico)
****Por favor adjunte una copia de la tarjeta/s del seguro****
#1 Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____
#2 Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____
- ☐ **Mi hijo no tiene seguro médico.** Por favor, adjunte \$20.*
- ☐ **Mi hijo tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas.** Por favor, adjunte \$30.*
-O-
- ☐ **Mi hijo tiene seguro médico que cubre las vacunas pero no está en la lista incluida en este formulario.**
Por favor, adjunte \$30.*
☐ Marque aquí si le gustaría que le enviemos un recibo detallado para presentar a su seguro médico.

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

**Si se selecciona esta forma de pago, es necesario enviar el pago junto con el formulario de consentimiento el día de la clínica.*

Se debe completar la información de pago en el frente de este formulario.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN Formulario de consentimiento para Kindergarten a 5º grado y 7º a 9º grado

Complete la siguiente información sobre la persona que recibirá la vacuna.

Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Sexo: _____ Nombre del Escuela: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

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 y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre cómo será utilizada mi información de salud pública.

La persona que recibe la vacuna:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío? | ☐ No | ☐ Sí |
| 2. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente? | ☐ No | ☐ Sí |
| 3. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre? | ☐ No | ☐ Sí |
| 4. ¿Ha tenido alguna alergia importante a algún alimento o medicamento? | ☐ No | ☐ Sí |

Si contestó Sí, por favor enumere: _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 5. Quiero que hoy mi hijo reciba la vacuna contra la gripe. (Flu) | ☐ No | ☐ Sí |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

Nombre del Padre /o Tutor (Imprimir): _____

Nombre del Padre /o Tutor (Firma): _____

El siguiente espacio es para uso exclusivo de la oficina

The Stock Used is: VFC ☐ Weber ☐

Vaccine Given:

☐ Flu _____ 0.5cc

Site:

☐ L ☐ R Del

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes:

Información sobre la Clínica de Vacunación en la Escuela

Forma de Adultos

Para uso exclusivo
de la oficina
CA/CK

Su escuela y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica para aplicar las vacunas contra la gripe, y contra el tétano, la difteria y la tos ferina (Tdap) en la escuela de su hijo. Se recomienda que todos mayores de 6 meses reciban una vacuna contra la gripe anualmente para prevenir la enfermedad y las hospitalizaciones. La vacuna Tdap es recomendado para todos los adultos. Las enfermeras escolares y el personal de enfermería del departamento de salud ofrecerán estas vacunas a todos los que gustan recibirlos a la escuela. Los padres y los hermanos están invitados a presentarse junto al alumno y podrán recibir vacunas en el mismo momento. La vacuna contra la hepatitis B también se recomienda y también se ofrecerá.

- **Para conocer los días y horarios de la Clínica**, consulte el calendario adjunto. También puede visitar la página web de su escuela, o visitar www.webermorganhealth.org.
- **Lea las declaraciones informativas sobre las vacunas en** www.webermorganhealth.org o llame al número 801-399-7250 para obtener una copia impresa. Allí podrá obtener respuestas a las preguntas que pueda tener acerca de estas vacunas.
- **Complete el formulario de consentimiento incluido en la parte posterior de esta página.** También puede visitar la página web de su escuela, o ir a www.webermorganhealth.org e imprimir los formularios.
- **Envíe el formulario completo de regreso a la escuela el día de la clínica.**

El Departamento de Salud de Weber-Morgan puede facturar a las siguientes compañías de seguro médico si su hijo está cubierto por alguna de ellas:

- | | | |
|--|---|---|
| • Aetna/Altius | • GEHA | • TRICARE* |
| • Blue Cross Blue Shield*
(*Except Focal Point) | • Medicaid | (*May need referral from PCP) |
| • CHIP | • PEHP | • UMR |
| • Deseret Mutual | • Samera Health*
(*T&C Network Only) | • United Health Care*
(*Except Railroad Employees) |
| • Educators Mutual | • Select Health | • University of Utah |

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago *(Si tienes mas que un seguro favor de seleccionar las)*:

- ☐ **Mi hijo tiene Medicaid o CHIP.** ****Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid/CHIP****
(Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar)
Nombre del HMO/ACO: _____ Número de Póliza: _____
- ☐ **Estoy cubierto bajo uno de los seguros médicos incluidos arriba.**
****Por favor adjunte una copia de la tarjeta/s del seguro****
(Se debe completar toda la información a fin de que podamos enviar la factura a su seguro médico)
Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____
Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____
- ☐ **Mi seguro medico no esta mencionado arriba:** Influenza \$30, High Dose Flu \$70, Tdap \$56, MMR \$103, Hepatitis B \$116*
- ☐ **No tengo seguro medico:** Influenza \$30, High Dose Flu \$70, Tdap \$20, MMR \$103, Hepatitis B \$20*
- Se aceptan pagos en efectivo y con cheque. Por favor, haga los cheques a la orden de "WMHD".**

* Si se selecciona esta forma de pago, es necesario enviar el pago junto con el formulario de consentimiento el día de la clínica.

(Si necesitas la vacuna contra la varicella llama a Lyndsey (801)399-7239 para solicitar el formulario y para que lo llevemos a la clinica)

DEPARTAMENTO de la SALUD de WEBER MORGAN

Forma de Permiso para Adultos

Llene por favor la información siguiente para la persona que va recibir la vacuna.

Nombre legal: _____ Fecha del Nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ Teléfono celular: _____
 Raza: _____ Etnica: _____ Sexo: _____ Nombre de la Escuela: _____

Se me ha dado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información de Vacuna para la persona que recibe las vacunas. Comprendo los beneficios y los riesgos de las vacunas y solicito que las vacunas me sean dadas o a la persona para quien soy autorizado a hacer esta petición. Conuerdo que esta información puede ser compartida con escuelas, con las guarderías, con proveedores de asistencia sanitaria y con otros cuando médicamente necesario. Comprendo que es mi responsabilidad de saber lo que mi plan de seguro cubre y concuerdo en pagar la porción no cubierta por mi seguro. Comprendo que si el Departamento de Salud de Weber Morgan no tiene un contrato con mi compañía de seguros, y mi compañía de seguros niega pago, yo soy responsable de todos los cargos contraídos. Yo he sido notificado que la Nota de Practicas de Privacidad del Departamento Weber Morgan esta situada en su sitio web en www.webermorganhealth.org y yo he tenido una oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo mi información de salud publica será utilizada.

La persona que recibe la vacuna:

- ☐ Sí ☐ No ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío?
- ☐ Sí ☐ No ¿Recibió algún medicamento antivírico durante las últimas 48 horas?
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha recibido alguna vacuna durante el último mes?
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente?
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre?
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido alguna alergia importante a algún alimento o medicamento? Si contestó Sí, por favor enumere: _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido convulsiones o problemas con los nervios o cerebro?
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas)?
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha estado recibiendo quimioterapia/radioterapia, drogas para anticáncer o medicamentos con esteroides en los últimos 3 meses?
- ☐ Sí ☐ No ¿Había recibido (gamma globulina) o transfusiones de sangre en el último año?
- ☐ Sí ☐ No ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunitario? Si contestó Sí, por favor enumere: _____
- ☐ Sí ☐ No (Solo para mujeres) ¿Está embarazada o planea estarlo en las próximas 4 semanas?

Las vacunas solicitadas:

Gripa Inyectable (Flu)	☐
Gripa de Alta Dosis Inyectable (para 65 años+) (High Dose Flu)	☐
Tdap (Tetano, Difteria y Tos ferina)	☐
MMR (Paperas, Sarampión y Rubéola)	☐
Hepatitis B	☐

Firma: _____

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

Vaccine(s) Given:

☐ Weber Flu _____ 0.5 cc

☐ Weber High Dose Flu _____ 0.5 cc

☐ Weber MMR _____ 0.5 cc

☐ Weber Tdap _____ 0.5 cc

☐ Special Project Tdap _____ 0.5 cc

☐ Weber Hepelisav B _____ 0.5 cc

☐ Special Project Hepelisav B _____ 0.5 cc

Site:

☐ L ☐ R Del

☐ L ☐ R Del

☐ L ☐ R Del

☐ L ☐ R Del

☐ L ☐ R Del

☐ L ☐ R Del

☐ L ☐ R Del

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes: