



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: ____ Sex: F M Other
 Mailing Address: _____ City/State/Zip Code: _____
 Parent/Guardian Full Name: _____ Mothers Maiden Name: _____

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

Insured: Insurance Company: _____ Claim Address: _____
 Policy/Member ID #: _____ Group # (if one applies): _____
 Policy Holder Name: _____ Policy Holder Relationship to Patient: _____
 Policy Holder Birth Date: ____/____/____ Social Security Number: ____-____-____

*If this section is incomplete, you may be billed for full cost of vaccine and administration fee.

Medicaid / NV Check Up #: _____ Uninsured (*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?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
2. Has the person been vaccinated against influenza (flu) in the past?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
3. Does the person have any allergies, such as eggs, a vaccine component or latex? If yes, list what allergies:	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
4. Has the person ever had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
5. Has the person ever had Guillain-Barre Syndrome in the past?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

READ 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.
- In the event of needlestick injury or exposure to blood or bodily fluids, I also agree to have my blood tested for bloodborne bacteria or viruses that my result in disease, or the person named above, for whom I am authorized to make this request.

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.

To view the Notice of Privacy Practices form, please scan the QR code or visit our website:

<https://www.gethealthycarsoncity.org/CommunityFlu>



Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian signature required if under 18 years old

CCHHS is required to ask the following questions according to federal and/or state law: NRS.449.104 effective January 1, 2020

Race (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other	
Ethnicity (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	Birth Sex (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Other
Gender Identity (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Female-to-male/Transgender male/Trans man <input type="checkbox"/> Male-to-female/Transgender female/Trans woman <input type="checkbox"/> Additional gender category or other, please describe: _____	Preferred Pronouns (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> She/her/hers <input type="checkbox"/> He/him/his <input type="checkbox"/> They/them/theirs <input type="checkbox"/> Additional pronoun category or other, please describe: _____

Sexual Orientation (Check one box): Choose not to disclose
 Straight or heterosexual Bisexual Gay, Lesbian, or homosexual Other Do not know

CLINIC USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Administered by: _____ Credential: _____ Date: ____/____/____ RD LD OTHER

Amount \$: _____ Received by: _____ Cash Check Check #: _____

\$ Reconciliation by and Date: _____ Scan by and Date: _____ Charted by and Date: _____

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 Otro
 Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

Si el paciente es menor de 18 años, escriba el nombre completo de Padre / Guardián: _____

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: _____ Relación del asegurado con la paciente _____
 Fecha de Nacimiento de la Persona Primaria: ____/____/____ Numero de Seguro Social: ____-____-____

*Si esta sección no está completa, se le puede facturar el costo total de la vacuna y la tarifa de administración.

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

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

1. ¿Está enfermo (a)? Si contesto sí, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha sido vacunado (a) contra la influenza (gripe) en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene alguna alergia? Si contesto sí, liste sus alergias:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha tenido alguna reacción seria con alguna vacuna en el pasado? Si contesto sí, por favor explique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

LEA 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.
- En caso de lesión por pinchazo de aguja o exposición a sangre o fluidos corporales, también acepto que mi sangre se analice para detectar bacterias o virus transmitidos por la sangre que pueden provocar una enfermedad, o la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

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.

Para ver el Aviso Sobre Practicas de Privacidad, escanee el código QR o visite nuestro sitio web:

<https://www.gethealthycarsoncity.org/CommunityFlu>



Firma: _____ Fecha: _____

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

Se requiere que CCHHS haga las siguientes preguntas de acuerdo con la ley federal y/o estatal: NRS.449.104 efectivo Enero 1, 2020

Raza (marque todo lo que corresponda) Elige no identificarse
 Caucásico Afro-Americano Asiático Americano Nativo Isleño del Pacífico Otro

Etnicidad (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no identificarse <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Sexo al Nacimiento (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no indentificarse <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
Identidad de Género (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no identificarse <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Hombre transgénero/Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Mujer transgénero/Mujer trans <input type="checkbox"/> Categoría de genero adicional u otra, por favor describa:	Pronombre Personales (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no indentificarse <input type="checkbox"/> Ella/ellas <input type="checkbox"/> El/ellos <input type="checkbox"/> Elle/ElIx <input type="checkbox"/> Categoría adicional u otra, por favor describa:

Orientación Sexual (Marque una casilla) Elige no identificarse
 Heterosexual Bisexual Gay, Lesbiana, o homosexual Otro No lo sé

USO EXCLUSIVO DE LA CLINICA – NO MARQUE DESPUES DE ESTA LINEA

Administered by: _____ Credential: _____ Date: ____/____/____ RD LD OTHER
 Amount \$: _____ Received by: _____ Cash Check Check #: _____
 \$ Reconciliation by and Date: _____ Scan by and Date: _____ Charted by and Date: _____