

Screening Questionnaire for Adult Immunization



Client name: _____			
Date of birth: ____/____/____ Male ☐ Female ☐			
	Yes	No	Don't Know
1. Are you sick today?	☐	☐	☐
Do you have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? If yes, please list: _____	☐	☐	☐
3. Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccine?	☐	☐	☐
4. Do you have any of the following: a long-term health problem with heart, lung, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are you on long-term aspirin therapy?	☐	☐	☐
5. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
6. Have you had a seizure or a brain or other nervous system problem? Such as Guillain Barré Syndrome?	☐	☐	☐
7. Do you have a parent, brother, or sister with an immune system problem?	☐	☐	☐
8. In the past 6 months, have you taken medications that affect your immune system, such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or have you had radiation treatments?	☐	☐	☐
9. Have you ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have you had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-A or MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?	☐	☐	☐
10. In the past year, have you received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?	☐	☐	☐
11. Are you pregnant?	☐	☐	☐
12. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐
13. Have you ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	☐	☐	☐
14. Are you anxious about getting a shot today?	☐	☐	☐

By signing below, I give my consent to be given all current immunizations appropriate for me. I have read the Vaccine Information Statement(s) for the vaccine(s) to be given today. A health care professional has provided education and counseling on each vaccine, and I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction.

Client Signature _____ **Date** _____

RN name and signature: _____

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices: I have received and read the Wyoming Department of Health Notice of Privacy Practices and have had a chance to ask questions about how my information will be used.

Client or Parent/Guardian's initials: _____

Cuestionario de Detección para la Inmunización de Adultos



Su Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Hombre ☐ Mujer ☐

	Si	No	No Sabe
1. ¿Está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? En caso afirmativo, por favor, enumere: _____	☐	☐	☐
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	☐	☐	☐
4. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo: un problema cardíaco, pulmonar, renal, o enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, no tiene bazo, un implante coclear, o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está bajo terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
6. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso, como el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐
7. ¿Tiene un padre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
8. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan a su sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides, o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
9. ¿Alguna vez le han diagnosticado una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	☐	☐	☐
10. ¿En el último año, ha recibido (gamma) globulina, sangre/productos sanguíneos, o un medicamento antiviral?	☐	☐	☐
11. ¿Está embarazada?	☐	☐	☐
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
13. ¿Alguna vez se ha sentido mareado o se ha desmayado antes, durante, o después de una inyección?	☐	☐	☐
14. ¿Está ansioso por recibir una inyección hoy?	☐	☐	☐

He leído la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas (VIS) para la(s) vacuna(s) que se administrará(n) hoy. Un profesional de la salud ha proporcionado educación y asesoramiento sobre cada vacuna, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir todas las inmunizaciones actuales que sean apropiadas para mí.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

RN name and signature: _____

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: He recibido y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Wyoming y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información. **Iniciales del Cliente o del Padre/Tutor:** _____

Screening Questionnaire for Child and Teen Immunization



Child's name: _____			
Date of birth: ____/____/____ Male ☐ Female ☐			
	Yes	No	Don't Know
1. Is the child sick today?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? If yes, please list: _____	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
4. Does the child have a long term-health problem with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, complement component deficiency, a cochlear implant, or a spina fluid leak? Is he/she on long-term aspirin therapy?	☐	☐	☐
5. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	☐	☐	☐
6. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or nervous problems? Such as Guillain Barré Syndrome?	☐	☐	☐
7. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
8. Does the child have a parent, brother or sister with an immune system problem?	☐	☐	☐
9. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis, or had radiation treatments?	☐	☐	☐
10. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?	☐	☐	☐
11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	☐	☐	☐
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐
If your child is receiving flu vaccine, please answer question 13 also:			
13. If the child to be vaccinated is between the ages of 2 and 4 years, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐

By signing below, I give my consent for my child to be given all current immunizations appropriate for them. I have read the Vaccine Information Statement(s) for the vaccine(s) to be given today. A health care professional has provided education and counseling on each vaccine, and I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction.

Printed Name of Client or Parent/ Guardian _____ **Relationships to child** _____
Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices: I have received and read the Wyoming Department of Health Notice of Privacy Practices and have had a chance to ask questions about how my information will be used.

Client or Parent/Guardian's initials: _____ **RN name and signature:** _____

Cuestionario de Detección para la Inmunización de Niños y Adolescentes



Nombre del niño(a): _____			
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Hombre ☐ Mujer ☐			
	Si	No	No Sabe
1. ¿Está el niño(a) enfermo(a) hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Tiene el niño(a) alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? En caso afirmativo, por favor, enumere: _____	☐	☐	☐
3. ¿Ha tenido el niño(a) una reacción grave a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿Tiene el niño(a) un problema de salud a largo plazo con los pulmones, el corazón, los riñones, o una enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, no tiene bazo, deficiencia del componente del complemento, un implante coclear, o una fuga de líquido espinal? ¿Está él/ella en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si su hijo(a) es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que ha tenido intususcepción?	☐	☐	☐
6. ¿Ha tenido el niño(a), un(a) hermano(a), o un(a) padre/madre una convulsión? ¿Ha tenido el niño(a) problemas cerebrales o nerviosos, como el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐
7. ¿Tiene el niño(a) cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
8. ¿Tiene el niño(a) un(a) padre/madre, hermano(a) o hermana con un problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño(a) medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides, o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
10. En el último año, ¿ha recibido el niño(a) una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han dado (gamma) globulina o un medicamento antiviral?	☐	☐	☐
11. ¿Está el niño(a)/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12. ¿Ha recibido el niño(a) vacunas en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
Si el niño(a) va a recibir la vacuna contra la gripe, por favor, responda también la pregunta 13:			
13. Si el niño(a) a vacunar tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño(a) ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐

He leído la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas (VIS) para la(s) vacuna(s) que se administrará(n) hoy. Un profesional de la salud ha proporcionado educación y asesoramiento sobre cada vacuna, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que a mi hijo(a) se le administren todas las inmunizaciones actuales que sean apropiadas para él/ella

Nombre impreso del Cliente o del Padre/Tutor: _____ **Relación con el niño(a):** _____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: He recibido y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Wyoming y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información. **Iniciales del Cliente o del Padre/Tutor:** _____ **RN name and signature:** _____

2025-2026 Seasonal Vaccine Form

Patient Full Name:	Date of Birth:	Age:	Sex: (circle) Male or Female	
Address:	City:	State:	Zip Code:	Telephone:
Emergency Contact Name:	Emergency Contact Telephone:		Relationship to Patient:	
Primary Insurance Company Name:	Policy Number:	Name of Insured:	Insured Telephone:	
Insured Date of Birth	Relationship to Patient		Address of Insurance Company	
Secondary Insurance Company Name:	Secondary Policy Number:	Name of Insured:	Insured Telephone:	
Insured Date of Birth	Relationship to Patient		Address of Insurance Company	

Below is the fee schedule for each of the offered vaccine(s). If you have any out-of-pocket expenses, you will receive a bill from the Cheyenne-Laramie County Public Health following the vaccine clinic.

Initial for Consent	Vaccine Type	In-Network Insurance	Uninsured Child (Donation Only)	Uninsured Adult	Out of Network Insurance
	Flu Vaccine (Ages 6mon to 50 years) or uninsured	\$0	\$21.72	\$30	\$30
	Flu Vaccine (Ages 50-64 years)	\$0	N/A	\$101.92	\$101.92
	Flu Vaccine High Dose (Ages 65 and older)	\$0	N/A	\$101.92	\$101.92
	RSV (Arexvy) (Ages 60 and older)	\$0 (Medicare Part D Only)	N/A	\$375.99	\$375.99
	Covid-19 (Pfizer Monovalent 25-26 season) 5-11years	\$0	\$21.72	106.21	\$106.21
	Covid-19 (Pfizer 25-26 season) 12 years and up	\$0	\$21.72	\$153.17	\$153.17

In Network Insurance Providers: Aetna, First Choice Health, Blue Cross Blue Shield, United Healthcare, UMR, Great West/Cigna, WY Medicaid, Medicare, and Tricare.

I, _____ consent myself or child (_____) to receive the above immunizations by Cheyenne Laramie County Public Health. I understand that immunizations will only be given if indicated by immunization history, age, and health screening questionnaire. My signature below is my authorization for the release of information necessary to process my claim(s) to insurance or other payer. In addition, I agree to pay all fees not covered by insurance.

Notice of Privacy Practices: Acknowledgement of Receipt

The Notice of Privacy explains how the Wyoming Department of Health may use or disclose information. Not all situations may be described. WDH is required to furnish its clients with a notice of privacy practices pertaining to information use, maintain and disclose.

I, _____ (Client Name) have received a copy of the WDH Notice of Privacy Practices and have had an opportunity to ask questions regarding how my information will be used.

(Signature)

(Date)

(Name of Personal Representative if Applicable)

(Relationship to Client)

CHEYENNE LARAMIE COUNTY PUBLIC HEALTH OFFICIAL USE ONLY

Clinic Location:	Date and Time of Administration:		RN Signature:
Flu Vaccine CPT CODE Flulaval: 90656 Flublok:90673 High Dose: 90662	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	Place Sticker Here
RSV CPT Code: 90679	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	Place Sticker Here
COVID 19 5-11 yo:91319 12yo+: 91320	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	Place Sticker Here

Entered into WYIR: _____

Billed in CureMD: _____

Scanned in CureMD: _____

2025-2026 Seasonal Vaccine Form

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: (marque con un círculo) Hombre Mujer	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre del contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia:		Relación con el paciente:	
Nombre de su compañía de seguro médico:	Número de Póliza:	Nombre del asegurado:	Teléfono del asegurado:	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente:		Dirección de la compañía de seguro:	
Compañía de seguro médico secundaria:	Número de póliza secundaria:	Nombre del asegurado:	Teléfono del asegurado:	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente:		Dirección de la compañía de seguro:	

A continuación están los precios de cada vacuna. En caso de que haya algún cargo, recibirá un estado de cuenta por parte del Departamento de Salud del Condado de Laramie sucesivo a la clínicas.

Autorice con sus iniciales	Vacuna	Seguro medico en red	Niños sin seguro médico (Donación)	Adultos sin seguro médico	Seguro médico fuera de red
	Flu Vaccine (Ages 6mon to 50 years) or uninsured	\$0	\$21.72	\$30	\$30
	Flu Vaccine (Ages 50-64 years)	\$0	N/A	\$101.92	\$101.92
	Flu Vaccine High Dose (Ages 65 and older)	\$0	N/A	\$101.92	\$101.92
	RSV (Arexvy) (Ages 60 and older)	\$0 (Medicare Part D Only)	N/A	\$375.99	\$375.99
	Covid-19 (Pfizer Monovalent 25-26 season) 5-11years	\$0	\$21.72	106.21	\$106.21
	Covid-19 (Pfizer 25-26 season) 12 years and up	\$0	\$21.72	\$153.17	\$153.17

Seguros medicos en red: Aetna, First Choice Health, Blue Cross Blue Shield, United Healthcare, UMR, Great West/Cigna, WY Medicaid, and Medicare, and Tricare

Yo, _____ doy mi autorización para mí o a mi hija (o) _____ para recibir la(s) vacuna(s) indicadas por el Departamento de Salud de Laramie County. Entiendo que las vacunas serán administradas únicamente si es necesario determinado mediante historial de vacunas, edad y respuestas del cuestionario de salud. Mi firma a continuación es mi autorización para compartir la información necesaria para procesar el pago a mi seguro médico. Adicionalmente, acepto cubrir cualquier gasto que no sea cubierto por mi seguro médico.

Aviso de Prácticas y Privacidad: Reconocimiento de recibo

El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad explica como el WDH puede usar o difundir la información de salud privada. No todas las situaciones pueden estar descritas, El WDH está obligado a proveer a sus clientes con la información acerca de las prácticas de privacidad, y como su información confidencial será almacenada y/o usada.

Yo, _____ (Nombre del cliente) he recibido una copia del WDH sobre el aviso de prácticas y privacidad y he tenido la oportunidad de leer y hacer las preguntas necesarias acerca de cómo mi información será usada,

(Firma)

(Fecha)

(Nombre del tutor o guardian)

(Relación con el paciente)

CHEYENNE LARAMIE COUNTY PUBLIC HEALTH OFFICIAL USE ONLY

Clinic Location:	Date and Time of Administration:		RN Signature:
Flu Vaccine CPT CODE Flulaval: 90656 Flublok:90673 High Dose: 90662	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	Place Sticker Here
RSV CPT Code: 90679	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	Place Sticker Here
COVID 19 5-11 yo:91319 12yo+: 91320	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	Place Sticker Here

Entered into WYIR: _____

Billed in CureMD: _____

Scanned in CureMD: _____