

Complete the Following for the Person Who is Being Vaccinated:

PATIENT Name: FIRST _____ MIDDLE _____ LAST _____
 Phone: (____) - ____ - ____ Birth Date: ____/____/____ Age: ____ Sex: F M
 Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Parent/Guardian Full Name: _____ Ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino
 Race: (Check all that apply) American Indian/Alaskan Native Asian Black Native Hawaiian/Pacific Islander White Unknown

Insurance Status (Check box)

NO INSURANCE

MEDICAID OR NEVADA CHECK-UP

Medicaid #: _____ Don't know
 Medicaid Name: Health Plan of Nevada Anthem Blue Cross Blue Shield Silver Summit Fee for Service Other Don't know

PRIVATE or COMMERCIAL INSURANCE (NOT MEDICAID)

Insurance Company: _____ Insurance Policy ID #: _____ Group # (if one applies): _____
 Policy Holder Name: _____ Policy Holder Birth Date: ____/____/____ SS#: ____-____-____
 Policy Holder Relationship to Patient: _____

Questions for the Person Getting Vaccinated:

NO YES

1. Is the person to be vaccinated sick today? If yes, what are their symptoms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you have any reason to believe you or anyone in your household has been exposed to, diagnosed with, or has been placed in quarantine for COVID-19 in the past 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does the person to be vaccinated have any allergies to medications, foods such as eggs, a vaccine component or latex? Please list allergies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has the person to be vaccinated ever had Guillian-Barre Syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Read Below and Sign:

I have received 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. I also agree to have my blood tested or the person named above, for whom I am authorized to make this request, for blood borne bacteria and viruses that may result in disease in the event a person is exposed to my blood or body fluids, or the person named above. By signing this document, I declare that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize Washoe County Health District (WCHD) to bill my insurance carrier for services received by myself or my dependents. I authorize insurance reimbursement to be paid directly to WCHD. I understand that I am financially responsible for any balances due according to my insurance carrier. I understand and agree that I am financially 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 WCHD programs.

Signature: X _____ **Date:** _____

Parent/Guardian signature required if under 18 years old

BELOW IS FOR CLINIC USE ONLY

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	VIS DATE
Fluarix GSK Flulaval GSK Fluzone SP Flucelvax Seq FluAd Seq [Flu Mist (AZ)]	150 [149]	90686			06/30/21	IM	LD RD LVL RVL	0.5 mL			8.15.19

WebIZ # _____ **Patagonia #** _____ **Demo/Ins By:** _____ **IZ By:** _____ **Scanned By:** _____

Complete la Siguiente Información para la Persona Que Será Vacunada:

PACIENTE NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____
 Teléfono: (____) - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: F M
 Dirección: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Nombre completo del padre o tutor legal: _____ Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino
 Raza: (Marque todo lo que corresponda) Americano Africano Asiático Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska
 Islas del Pacífico / Nativo de Hawái No Se

Seguro Médico

NO TIENE SEGURO MEDICO

MEDICAID OR NEVADA CHECK-UP

Medicaid #: _____ No Se
 Nombre de Medicaid: Health Plan of Nevada Anthem Blue Cross Blue Shield Silver Summit Fee for Service Otro No Se

SEGURO MEDICO PRIVADO O DE COMERCIO (NO MEDICAID)

Nombre de la compañía de seguro: _____ Número de póliza _____ Número de grupo #: _____
 Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____
 SS#: ____ - ____ - ____ Parentesco del asegurado: _____

Cuestionario para la Persona Que Va a Recibir Vacunas:

NO SÍ

1. ¿La persona que recibirá la vacuna está enferma/o el día de hoy? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna razón para creer que usted o alguien en su hogar ha sido expuesto, diagnosticado o puesto en cuarentena por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgico a algún medicamento o alimentos (por ejemplo, a los huevos), al componente de la vacuna o al látex? Por favor enliste las alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido alguna vez una reacción seria después de recibir alguna vacuna? ¿Cuál fue la reacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿La persona que se va a vacunar, tuvo alguna vez el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lea y Firme:

He recibido la(s) hoja(s) de información sobre la(s) vacuna(s) que será(n) administrada(s) a mi o la persona anteriormente nombrada por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy de acuerdo en permitir la información de inmunización sea almacenada y se pueda acceder por personas autorizadas en el sistema de Nevada "WebIZ" a menos que indique lo contrario. También doy permiso para que se haga un análisis de mi sangre o de la persona mencionada arriba para quien autorizo hacer estudios de bacteria/virus que puedan resultar en la transmisión de una enfermedad en el caso que una persona sea expuesta a mis fluidos corporales o a los de la persona mencionada. Al firmar este documento entiendo y declaro que la información anterior es correcta y verdadera. Autorizo al WCHD facturar a la compañía de seguro médico por los servicios recibidos o el de mis dependientes. Autorizo que mi seguro médico reembolse el pago directamente al distrito de salud del condado Washoe. Entiendo que soy responsable por cualquier balance que mi seguro médico no pague. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta o cuenta(s) de mis dependiente(s). Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra que sea necesaria para procesar reclamos del seguro médico y estoy de acuerdo en permitir que mi expediente médico sea compartido dentro de los programas del Distrito de Salud.

Firma: X _____ **Fecha:** _____

Se requiere la firma del padre o tutor legal si es menor de 18 años de edad

A CONTINUACIÓN ES PARA USO CLÍNICO SOLAMENTE

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	VIS DATE
Fluarix GSK Flulaval GSK Fluzone SP Fluclvax Seq FluAd Seq	150	90686			06/30/21	IM	LD RD LVL RVL	0.5 mL			8.15.19
Flu Mist AZ	149										

WebIZ # _____ Patagonia # _____ Demo/Ins By: _____ IZ By: _____ Scanned By: _____