

Office Use Only  
CA/CK

## Flu Immunization Clinic Information Adult Form



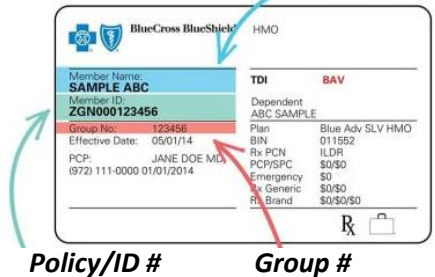
Your school and Weber Morgan Health Department (WMHD) are pleased to announce they are partnering to provide an Immunization Clinic at your school. WMHD nurses will be offering influenza vaccine to all students and staff. Parents and siblings are welcome to attend with their child and may receive their influenza vaccine at the same time. It is recommended that everyone over 6 months of age receive an annual influenza vaccine to prevent illness and hospitalization. Tdap vaccine will also be offered to adults. It is recommended that everyone receive a Tdap or Td booster every 10 years.

- For clinic dates and times, **see the attached calendar.**
- **Fill out both sides of this form** and send the completed form back to the school on the day of the clinic.
- **Please read the Vaccine Information Statements**, which can be accessed by scanning the QR code above.
- You can also find copies of this consent form and the school clinic calendar at [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org).

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
- BlueCross BlueShield
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Health Choice
- HealthEZ
- Medicaid
- Medicare
- Molina
- PEHP
- Samera Health
- SelectHealth
- TRICARE
- UMR
- United Health Care
- University of Utah

### Subscriber/Policy Holder Name



**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) **I have 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) **I have\***:  **Medicaid** -or-  **CHIP** SSN: \_\_\_\_\_ **(W)**  
 Check one:  Traditional Medicaid  Health Choice  Molina  SelectHealth  University of Utah  
 Member ID/Medicaid #: \_\_\_\_\_ CHIP Policy # (SelectHealth Only): \_\_\_\_\_
- 3) **I have\***:  **Medicare (Part B)** -or-  **Medicare Advantage Plan** **(W)**  
 Medicare #: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
 Insurance Name: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Payer ID #: \_\_\_\_\_  
 Medical Claims Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_
- 4) **I have NO insurance.\*\*** Please attach: Flu Shot - \$20, Tdap - \$20. **(SP)**
- 5) **I have insurance that pays for immunizations but it is NOT listed on this form.\*\*** **(W)**  
 Please attach: Flu shot - \$40, Flu Mist - \$40, High Dose Flu - \$83, Tdap - \$57
- 6) **I have insurance, but it does NOT cover vaccinations.\*\*** **(W)**  
 Please attach: Flu shot - \$40, Flu Mist - \$40, High Dose Flu - \$83, Tdap - \$57

\*Please attach a copy of your insurance card.

\*\*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.

**WEBER-MORGAN HEALTH DEPARTMENT**  
**School Flu Clinic Consent Form: Adult**

Patient's name:		Date of Birth:	Age:
Phone:	Email:	SSN:	Mother's Maiden Name:
Address:		City:	Zip Code:
Gender: Female    Male	Race:	Ethnicity: Hispanic    Non-Hispanic	School/Location of Clinic:

**The person receiving the vaccine:**

- |   | YES                      | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 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 Signature:** \_\_\_\_\_

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

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

<b>Vaccine Given:</b>	<b>Site:</b>	Nurse's Initials: _____
<input type="checkbox"/> <b>Flu Mist</b> (2-49 yrs) _____ 0.2ml	Nasal	
<input type="checkbox"/> <b>Flu Shot</b> ( ≥ 6 mos) _____ 0.5ml <input type="checkbox"/> PFS <input type="checkbox"/> MDV	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	
<input type="checkbox"/> <b>HD Flu</b> (65 +) _____ 0.5ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/ Thigh	
<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> _____ 0.5ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	

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

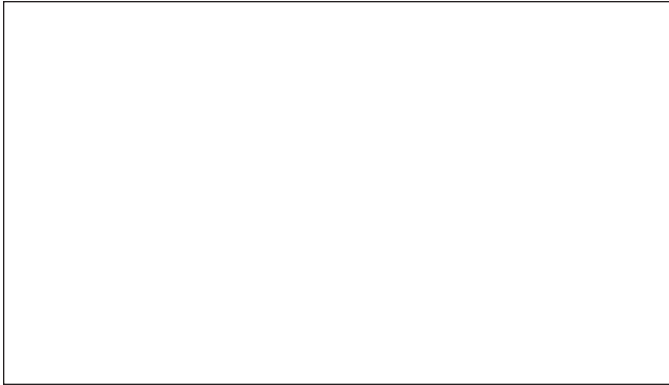
**Please upload a copy of your insurance card(s) below**

**Por favor descargue una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro, abajo**

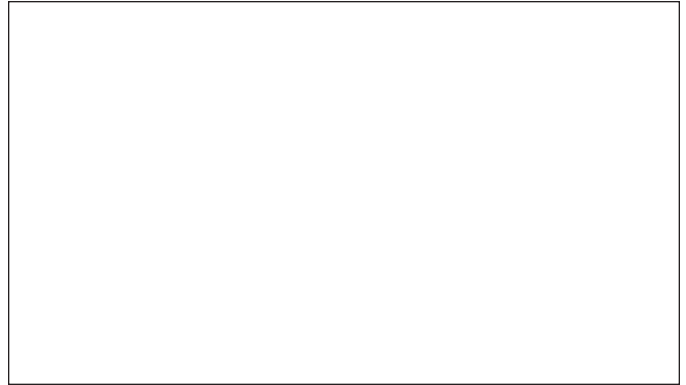
**Primary Insurance/Seguro Primario**

---

**Front/Frente**



**Back/Posterior**



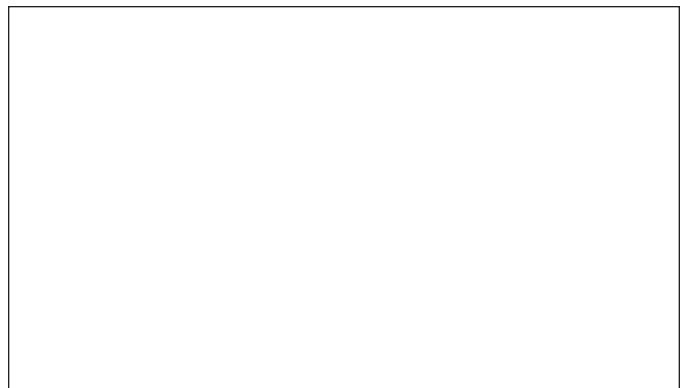
**Secondary Insurance/ Seguro Secundario**

---

**Front/Frente**



**Back/Posterior**



Uso exclusivo de oficina

CA/CK

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

## Formulario Adulto

Vaccine Information Statements



Estimados Padres y Tutores:

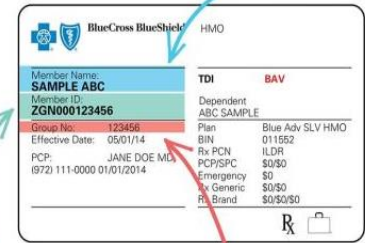
Su escuela y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica de vacunación contra la gripe en la escuela de su estudiante. Las enfermeras de WMHD ofrecerán la vacuna contra la influenza a todos los estudiantes y al personal. Los padres y hermanos(as) pueden asistir con su estudiante y pueden recibir su vacuna contra la influenza al mismo tiempo. Se recomienda que todas las personas mayores de 6 meses reciban una vacuna anual contra la influenza para prevenir enfermedades y hospitalizaciones. La vacuna Tdap también se ofrecerá a los adultos. Se recomienda que todos reciban un refuerzo de Tdap o Td cada 10 años.

- Para conocer los días y horarios de la Clínica, consulte el calendario adjunto.
- 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.
- También puede ir a nuestro sitio web [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org) e imprimir el consentimiento y el calendario.

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
- Medicaid
- Medicare
- Molina
- PEHP
- Samera Health
- SelectHealth
- TRICARE
- UMR
- United Health Care
- University of Utah

### 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 **(W)**

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

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

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

4) El paciente no tiene seguro médico. Por favor, adjunte: Vacuna contra la gripe \$20, Tdap \$20\*\* **(SP)**

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

Por favor, adjunte Vacuna contra la influenza \$40, Influenza intranasal \$40, Alta dosis contra la influenza \$83, Tdap \$57

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

Por favor, adjunte Vacuna contra la influenza \$40, Influenza intranasal \$40, Alta dosis contra la influenza \$83, Tdap \$57

\*Por favor adjunte una copia de la tarjeta del seguro.

\*\*Si se selecciona esta forma de pago, es necesario enviar el pago junto con el formulario de consentimiento 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 para Adulto**

Nombre Legal:		Fecha de nacimiento:		Edad:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:		Seguro Social:	Apellido de soltera de la madre:	
Domicilio:			Ciudad:		Código Postal:
Sexo: Masc. Fem.	Raza:	Etnicidad: Hispana No-Hispana		Nombre de Escuela:	

**La persona que recibe la vacuna**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna alergia grave a algún alimento o medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si contestó Sí, por favor enumere: _____</i>		
3. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) y la fecha: _____</i>		
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 de Tdap 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:** \_\_\_\_\_

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

The Stock Used is: <b>Weber</b> <input type="checkbox"/> <b>Special Project</b> <input type="checkbox"/>	Date: _____
<b>Vaccine Given:</b>	<b>Site:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Flu Mist</b> (2-49 yrs) _____ 0.2ml	Nasal
<input type="checkbox"/> <b>Flu Shot</b> ( ≥ 6 mos) _____ 0.5ml	<input type="checkbox"/> PFS <input type="checkbox"/> MDV <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>HD Flu</b> (65 +) _____ 0.5ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/ Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> _____ 0.5ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh

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

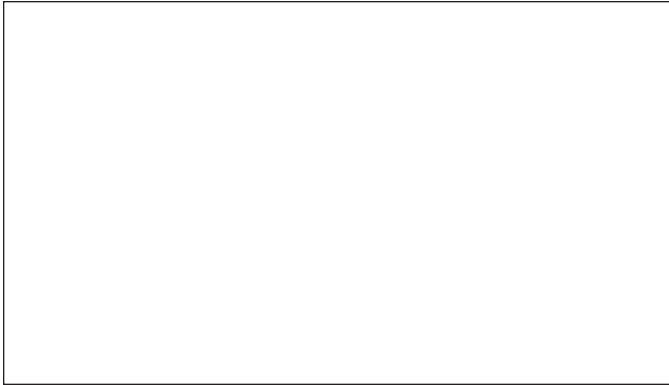
**Please upload a copy of your insurance card(s) below**

**Por favor descargue una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro, abajo**

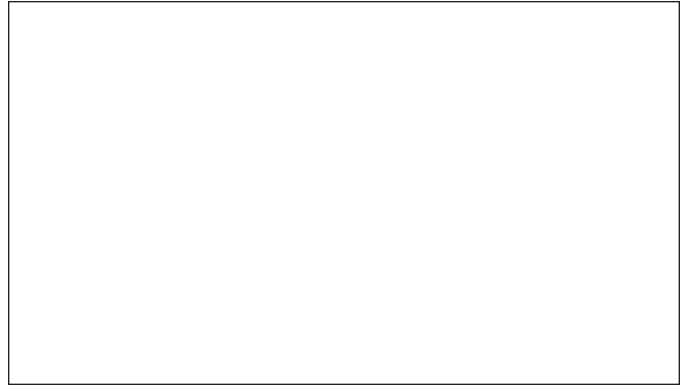
**Primary Insurance/Seguro Primario**

---

**Front/Frente**



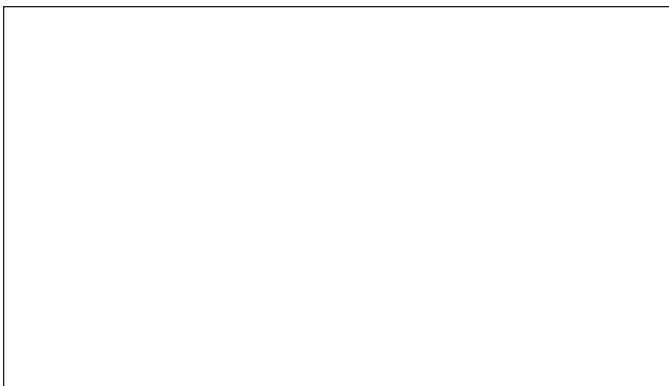
**Back/Posterior**



**Secondary Insurance/ Seguro Secundario**

---

**Front/Frente**



**Back/Posterior**

