

Office Use Only
CA/CK

School Flu Immunization Clinic Information

6th Grade only



Dear Parent or Guardian:

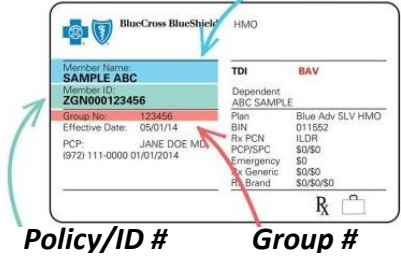
Your school and Weber-Morgan Health Department (WMHD) are pleased to announce they are partnering to provide an Immunization Clinic at your child's school. Tdap, HPV, and Meningococcal vaccines are recommended for all students entering 7th grade. WMHD nurses will be offering these vaccines along with the Influenza vaccine to all 6th grade students. Parents and siblings are welcome to attend with their child and may receive their influenza vaccine at the same time.

- 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.

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 COPY OF YOUR INSURANCE CARD.

- 1) **My child has 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) **My child has:** **Medicaid** -or- **CHIP (VFC)**
 Check one: Traditional Medicaid Health Choice Molina SelectHealth University of Utah
 Member ID/Medicaid #: _____ CHIP Policy # (SelectHealth Only): _____
- 3) **My child has:** **Medicare (Part B)** -or- **Medicare Advantage Plan (W)**
 Medicare #: _____
 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Payer ID #: _____
 Medical Claims Address: _____ City/State/Zip Code: _____
- 4) **My child has NO insurance.** Please attach: Flu - \$20, Tdap - \$20, HPV - \$20, Meningococcal - \$20. ** **(VFC)**
- 5) **My child has insurance that pays for immunizations but it is NOT listed on this form.** **(W)**
 Please attach: Flu - \$40, Tdap - \$57, HPV - \$266, Meningococcal - \$128. **
- 6) **My child has insurance, but it does NOT cover vaccinations.** **(W)**
 Please attach: Flu - \$40, Tdap - \$57, HPV - \$266, Meningococcal - \$128. **

*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.

Parental Preference: Flu Mist Flu Injection (Shot)

Depending on vaccine availability, insurance coverage, and CDC guidelines, the nurse will make final determination which vaccine will be given to the student. Parental preference will be taken into consideration.

WEBER-MORGAN HEALTH DEPARTMENT

School Immunization Clinic Consent Form: 6th Grade

Patient's name:		Date of Birth:	Age:
Phone:	Email:	Mother's Maiden Name:	
Address:		City:	Zip Code:
Gender (circle one): Female Male	Race:	Ethnicity (circle one): 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) & 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>If yes, please circle and describe:</i> _____ | | |

I give consent and I would like my child to receive the Flu vaccine today. YES NO

I give consent and I would like my child to receive the Tdap vaccine today. YES NO

I give consent and I would like my child to receive the HPV vaccine today. YES NO

I give consent and I would like my child to receive the Meningococcal 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 & 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.

Parent/Guardian Name (Please Print): _____

Parent/Guardian Signature: _____

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

The Stock Used is: VFC Weber Date: _____

Vaccine Given:

- Flu Mist (2-49 yrs) _____ 0.2ml
- Flu Shot (≥ 6 mos) _____ 0.5ml PFS MDV
- Tdap _____ 0.5ml
- HPV _____ 0.5ml
- Menquadfi _____ 0.5ml

Site:

- Nasal
- L R Del/Thigh
- L R Del/Thigh
- L R Del/Thigh
- L R Del/Thigh

Nurse's Initials: _____

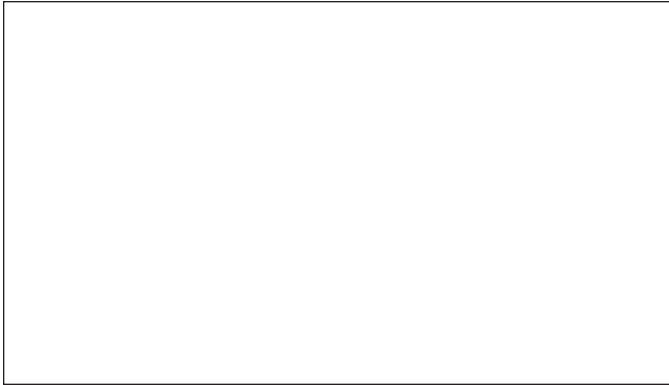
Notes: _____

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

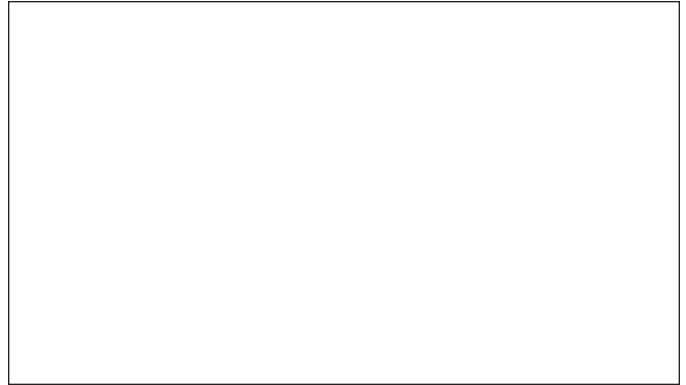
Por favor descargue una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro, abajo

Primary Insurance/Seguro Primario

Front/Frente

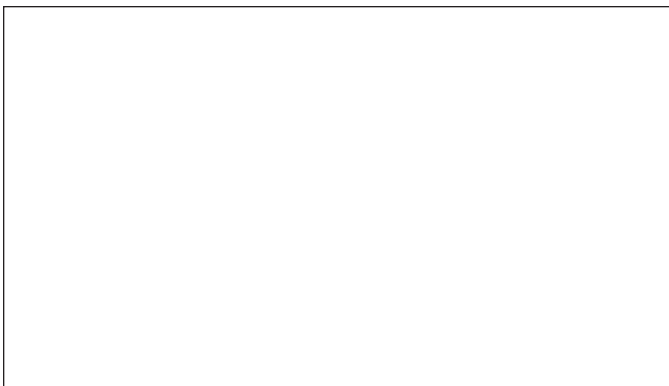


Back/Posterior



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 **6to Grado Solamente**

Vaccine Information Statements



Estimados Padres y Tutores:

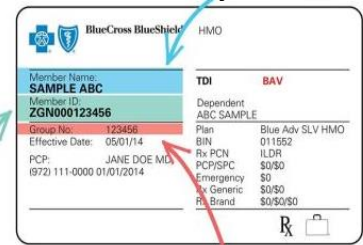
Su escuela y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica de vacunación contra la gripe en la escuela de su estudiante. Se recomiendan las vacunas Tdap, HPV y Meningocócica para todos los estudiantes que ingresan al 7° grado. Las enfermeras de WMHD ofrecerán estas vacunas junto con la vacuna contra la influenza a todos los estudiantes de sexto grado. Los padres y hermanos(as) pueden asistir con su estudiante y pueden recibir su vacuna contra la influenza al mismo tiempo.

- 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 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) **Mi hijo 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) **Mi hijo tiene*:** Medicaid -or- CHIP **(VFC)**

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

- 3) **Mi hijo tiene*:** Medicare (Part B) -or- Medicare Advantage Plan **(W)**

Medicare #: _____
 Nombre del Seguro: _____ Numero de Póliza: _____ Payer ID #: _____
 Medical Claims Address: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

- 4) **Mi hijo no tiene seguro médico.**** Por favor, adjunte: Tdap \$20, HPV \$20, y Meningocócica \$20 **(VFC)**

- 5) **Mi hijo tiene seguro médico que cubre las vacunas pero no está en la lista incluida en este formulario.**** **(W)**

Por favor, adjunte: Tdap \$57, HPV \$266, y Meningocócica \$128

- 6) **Mi hijo tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas.**** **(W)**

Por favor, adjunte: Tdap \$57, HPV \$266, y Meningocócica \$128

*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.

Preferencia de los Padres: Flu Mist (Nasal) Flu Injection (Shot)

****Dependiendo de la disponibilidad de vacunas, la cobertura del seguro y las pautas de los CDC, la enfermera tomará la determinación final sobre qué vacuna se le administrará al estudiante. Se tendrá en cuenta la preferencia de los padres.****

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN

Formulario de Consentimiento para la Clínica de Vacunación Escolar: 6to Grado

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

La persona que recibe la vacuna

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Ha tenido alguna alergia grave a algún alimento o medicamento?
<i>Si contestó Sí, por favor enumere:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿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?
<i>En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) y la fecha:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

Doy mi consentimiento y deseo que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe hoy. **SÍ** **NO**

Doy mi consentimiento y deseo que mi hijo reciba la vacuna Tdap hoy. **SÍ** **NO**

Doy mi consentimiento y deseo que mi hijo reciba la vacuna contra el VPH hoy. **SÍ** **NO**

Doy mi consentimiento y deseo que mi hijo reciba la vacuna meningocócica 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 o con el código QR y he tenido la oportunidad de formular preguntas.

Nombre de Padre/Tutor (Letra imprenta por favor): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

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

The Stock Used is: VFC Weber Date: _____

Vaccine Given: _____ **Site:** _____ Nurse's Initials: _____

Flu Mist (2-49 yrs) _____ 0.2ml Nasal

Flu Shot (≥ 6 mos) _____ 0.5ml PFS MDV L R Del/Thigh

Tdap _____ 0.5ml L R Del/Thigh

HPV _____ 0.5ml L R Del/Thigh

Menquadfi _____ 0.5ml L R Del/Thigh

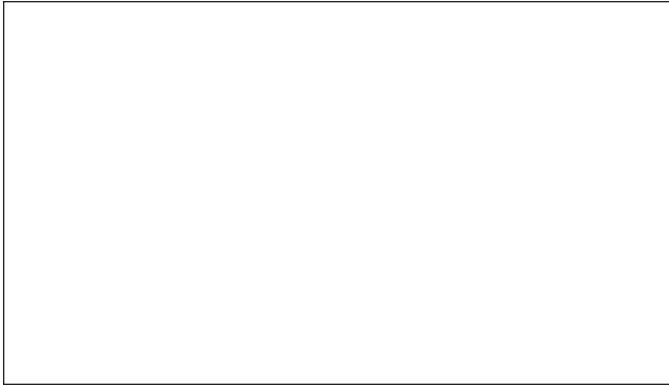
Notes: _____

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

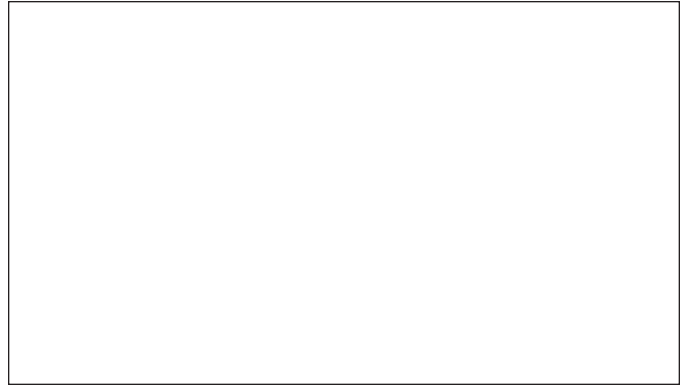
Por favor descargue una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro, abajo

Primary Insurance/Seguro Primario

Front/Frente

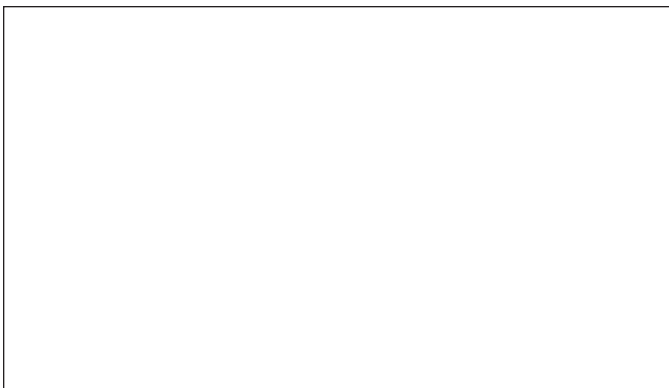


Back/Posterior



Secondary Insurance/ Seguro Secundario

Front/Frente



Back/Posterior

