

POD Influenza Vaccine Form for 2020

HN2 Site for Data Entry: Clarke Mobile Client ID #: _____
 Date of Service: _____
 Highest Trained Provider: _____ Additional Providers: _____
 Enrollment Info: Mother's Maiden Last Name: _____ Responsible Person Email: _____
 Responsible Person Info: Last Name: _____ First Name: _____
 (for clients under age 18) Race: _____ Sex: _____ Birthdate: _____
 Relationship: _____ Address: _____
 City, State and Zip: _____ Phone: _____

Financial Responsibility: POD = POD
 Financial Eligibility: A = Native American / Alaskan Native M = Insured Vaccines covered OR No Imm. Today
 I = Underinsured / Insurance Doesn't Cover N = No Insurance

Screening Checklist for Contraindications:
 Imm. Up to Date for Age after Visit:
 Interval to Next Imm:
 Reason for no HN2 consent:
 VIS Names:
 Inventory Code:

Reviewed
 Y = Yes
Circle one: 1 month 1 year
 F – Consent on FLU form
 Flu, Inactivated or Flu, live VIS Date: 8/15/2019
 Clarke Mobile

Data Entry to Complete	Initials
HN2 Client Register; Insurance; Signature	
HN2 Encounter	

HN2 Code	Vaccine Description	Source	Age Range Dosage/Route	Manufacturer Trade Name	NDC	Lot #	Site	
							LD	RD
FV4P	Flu (IIV4, pres-free; SDS)	NonSt 90686	> = 6m 0.5 mL	GSK Fluarix Quad	58160-0885-52		LVL	RVL
							Intramuscular	
1. Private Fluarix for > = 6 month 2. State Fluarix for > = 6 month 3. State Flucelvax for > = 4 year 4. State FluMist for 2 year – 49 year • 6m – 23m: o may receive (FV4P) injectable Fluarix private vaccine; screen for eligibility (if insured = will bill; if not insured = will waive for POD; if non-par will waive for POD) o may receive (FV4V) injectable Fluarix state vaccine; screen for eligibility (if insured = will bill; if not insured = will waive for POD) • 2y – 3y age clients: o may receive (FV4P) injectable Fluarix private ; screen for eligibility (if insured = will bill; if not insured = will waive for POD; if non-par will waive for POD) o may receive (FV4V) injectable Fluarix state vaccine; screen for eligibility (if insured = will bill; if not insured = will waive for POD) o may receive (FI4V) FluMist state vaccine; no screening for eligibility = waive for POD • 4y – 18y age clients: o may receive (FV4P) injectable Fluarix private vaccine; screen for eligibility (if insured = will bill; if not insured = will waive for POD; if non-par will waive for POD) o may receive (FV4V) injectable Fluarix state vaccine; screen for eligibility (if insured = will bill; if not insured = will waive for POD) o may receive (FCC4V) injectable Flucelvax state vaccine; screen for eligibility (if insured = will bill; if not insured = will waive for POD) o may receive (FI4V) FluMist state vaccine; no screening for eligibility = will waive for POD • > = 19y age clients: o may receive (FV4V) injectable Fluarix state vaccine; no screening for eligibility = will waive for POD o may receive (FCC4V) injectable Flucelvax state vaccine; no screening for eligibility = will waive for POD o may receive (FI4V) FluMist state vaccine; no screening for eligibility = will waive for POD								
FV4V	Flu (IIV4, pres-free; SDS)	StSupl 90686	> = 6m 0.5 mL	GSK Fluarix Quad	58160-0885-52		LVL	RVL
							Intramuscular	
FCC4V	Flu (cclIIV4, pres-free; SDS)	StSupl 90674	> = 4y 0.5 mL	Seqirus Flucelvax Quad	70461-0320-03		LVL	RVL
							Intramuscular	
FI4V	Influenza (LAIV4, SDS)	StSupl 90672	2y - 49y 0.2 mL	Medimmune FluMist Quad	66019-0307-10		Nose	
							Intranasal	

DOY MI CONSENTIMIENTO al DPH Distrito 10 para que el paciente nombrado arriba reciba la vacuna contra la influenza. Reconozco que la información médica y del paciente proporcionada anteriormente es correcta. Se me ha entregado una copia y he leído (o me han explicado) la información en la Declaración de información sobre la vacuna (VIS) para la vacuna contra la influenza. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que me la administren a mí o al paciente mencionado anteriormente, por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Entiendo que se recomienda esperar al menos 15 minutos en el sitio clínico después de recibir la inmunización en caso de una reacción a la vacuna.

NIÑOS DE 18 AÑOS O MENORES CON SEGURO: Al proporcionar información sobre el seguro de un niño de 18 años o menor, autorizo al DPH Distrito 10 a facturar a mi seguro el reembolso y el pago correspondientes.

Firma del paciente/tutor: _____ **Relación:** _____ **Fecha:** _____

Formulario de vacunación contra la influenza POD para 2020

Sección 1: Información sobre el paciente que recibirá la vacuna contra la influenza (en letra de imprenta)

NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido)	(Primero)	(M.I.)	APELLIDO DE SOLTERA DEL PACIENTE	CONDADO DE RESIDENCIA
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (mm / dd / aaaa)	EDAD DEL PACIENTE	GÉNERO Macho Femenino	Apellido de soltera de la madre para GRITS	
ETNICIDAD (Por favor circule) No Hispano / Latino Hispano Latino	RACE (marque con un círculo) Afroamericano, blanco, hispano o latino, indio americano, asiático, nativo de Alaska, nativo de Hawái, otro de las islas del Pacífico, multirracial		ESTADO CIVIL (Por favor circule) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo	
DIRECCIÓN DE ENVÍO			NÚMERO DE TELÉFONO (casa, celular, trabajo)	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	E-MAIL (personal, trabajo)	
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA		RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO PARA PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA	

Para niños de 18 años o menos, complete la sección de seguro a continuación; si tiene 19 años o más, pase a la sección 2.

INFORMACIÓN DEL SEGURO: ¿Tiene un seguro que cubra las vacunas? <input type="checkbox"/> Sí, el paciente tiene cobertura de seguro; Por favor, consulte el seguro a continuación: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> PeachCare <input type="checkbox"/> Ambetter <input type="checkbox"/> Coventry <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Tricare East/Life <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <i>includes</i> (Amerigroup, CareSource, Peach State or Wellcare) <input type="checkbox"/> Otro seguro no mencionado anteriormente: _____ <input type="checkbox"/> No, el paciente no tiene seguro	Proporcione la información del seguro y adjunte una copia de la tarjeta del seguro a este formulario si es posible Nombre del titular de la póliza _____ Identificación de miembro # _____ Grupo # _____
---	--

Sección 2: Información médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si esta persona puede recibir la vacuna contra la influenza.

** Marque con un círculo Sí o No para cada pregunta.*

1. ¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy?	Si	No
2. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? En caso afirmativo, indique cuales:	Si	No
3. ¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra la influenza?	FECHA:	
4. ¿La persona que se va a vacunar es alérgica a un componente de la vacuna contra la influenza?	Si	No
5. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?	Si	No
6. ¿La persona que se va a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (incluido el asma), enfermedad renal, enfermedad neurológica, enfermedad hepática, enfermedad metabólica (p. Ej., Diabetes) o tiene un implante coclear o fuga de líquido cefalorraquídeo o no tiene bazo?	Si	No
7. Si la persona que se va a vacunar tiene entre 2 y 4 años, en los últimos 12 meses, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que la persona tenía sibilancias o asma?	Si	No
8. ¿La persona que se va a vacunar tiene cáncer, leucemia, HIV/AIDS o cualquier otro problema del sistema inmunológico? o, en los últimos 3 meses, ¿han tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico (por ejemplo, prednisona u otros esteroides, medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, psoriasis o medicamentos contra el cáncer) o han recibido radioterapia?	Si	No
9. ¿La persona que se va a vacunar está recibiendo o ha recibido recientemente medicamentos antivirales contra la influenza?	Si	No
10. ¿La persona que se va a vacunar tiene entre 6 meses y 17 años y está recibiendo medicamentos que contienen aspirina o salicilato?	Si	No
11. ¿Está embarazada la persona que se va a vacunar o podría quedar embarazada en el próximo mes?	Si	No
12. ¿Ha tenido alguna vez la persona que se va a vacunar el síndrome de Guillain-Barré?	Si	No
13. ¿La persona que va a ser vacunada vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está severamente comprometido y que debe estar en aislamiento protector (por ejemplo, una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	Si	No

Sección 3: CONSENTIMIENTO Y SEGURO: Si este formulario de consentimiento no está completo, firmado y fechado, el paciente no será vacunado.

DOY MI CONSENTIMIENTO al DPH Distrito 10 para que el paciente nombrado arriba reciba la vacuna contra la influenza. Reconozco que la información médica y del paciente proporcionada anteriormente es correcta. Se me ha entregado una copia y he leído (o me han explicado) la información en la Declaración de información sobre la vacuna (VIS) para la vacuna contra la influenza. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que me la administren a mí o al paciente mencionado anteriormente, por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Entiendo que se recomienda esperar al menos 15 minutos en el sitio clínico después de recibir la inmunización en caso de una reacción a la vacuna.

NIÑOS DE 18 AÑOS O MENORES CON SEGURO: Al proporcionar información sobre el seguro de un niño de 18 años o menor, autorizo al DPH Distrito 10 a facturar a mi seguro el reembolso y el pago correspondientes.

Firma del paciente/tutor: _____ **Relación:** _____ **Fecha:** _____