

Office Use Only

CA/CK

# School Flu Immunization Clinic Consent Form

Please read the Vaccine Information Statements, which can be accessed by scanning the QR code →

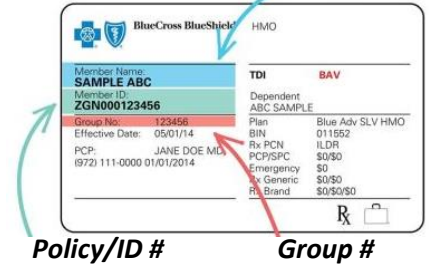


Your school and Weber-Morgan Health Department (WMHD) are pleased to announce they are partnering to provide an Immunization Clinic at your school. WMHD nurses will be offering influenza vaccine to all students and staff. WMHD nurses will also be offering Tdap, HPV, and Meningococcal vaccines to all 6th grade, junior high and high school students. Tdap, HPV, and Meningococcal vaccines are recommended for all students entering 7th grade. A second dose of HPV is recommended 6 months (or later) after the first dose is given and a 2nd dose of Meningococcal vaccine is recommended between age 16-18. 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.

WMHD can bill the following insurance companies; however, we recommend that you verify that your insurance plan is in network with WMHD. No EPOs accepted. Not all plans are participating with Weber-Morgan Health Dept/Gregory Gochnour, MD. Please check with your plan or pay the appropriate fee for services.

- Aetna (No EPOs)
- BlueCross BlueShield (No EPOs)
- CAS (Beyond Investments only)
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Health Choice
- HealthEZ (OSD only)
- Medicaid
- Medicare
- Molina
- PEHP
- Samera Health (T&C network only)
- SelectHealth
- TRICARE
- UMR
- United Health
- 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) The patient 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) The patient has\*:  Medicaid -or-  CHIP SSN: \_\_\_\_\_ (0-18 VFC) (19+ W)

Check one:  Traditional Medicaid  Health Choice  Molina  SelectHealth  University of Utah  
 Member ID/Medicaid #: \_\_\_\_\_ CHIP Policy # (SelectHealth Only): \_\_\_\_\_

3) The patient has\*:  Medicare (Part B) -or-  Medicare Advantage Plan (W)

Medicare #: \_\_\_\_\_  Medicare Railroad SSN: \_\_\_\_\_  
 Insurance Name: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Payer ID #: \_\_\_\_\_  
 Medical Claims Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_

4) The patient has NO insurance.\*\* Please attach outreach fee. [It is unlawful to select this option if patient has any insurance coverage]

Adults (age 19+): Flu Shot - \$20, Flu Mist - \$50, Tdap - \$20 (19+ SP or W)  
 Children (age 0-18): Flu Shot or Mist - \$20, Tdap - \$20, HPV - \$20, Meningococcal - \$20 (0-18 VFC)

5) The patient has insurance but will be paying out of pocket because: (W)

- the patient's insurance is NOT listed on this form
- the patient's insurance does NOT cover immunizations
- the patient does not wish to have insurance billed

Please attach: Flu Shot or Mist - \$50, High Dose Flu - \$102, Tdap - \$82, HPV - \$371, Meningococcal - \$180 self-pay fee.\*\*

\*Please attach a copy of your insurance card (front & back).

\*\*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 Consent Form

Patient's name:		Gender (circle one): <b>Female</b> <b>Male</b>	Date of Birth:	Age:
Phone:	Email:	Race:	Ethnicity (circle one): <b>Hispanic</b> <b>Non-Hispanic</b>	
Address:		City:	Zip Code:	
School/Location of Clinic:		Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian DOB:	

**The person receiving the vaccine:**

- |  | <b>YES</b>               | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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? <i>If yes, please circle and describe:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**I give consent for the patient to receive the Flu vaccine.**

**YES\***     **NO**

**\*Preference:**    **Flu Shot (ages 6 mo+)**     **Flu Mist/nasal spray (ages 2-49)**     **No Preference**

**I give consent for the patient to receive the Tdap vaccine.**

**YES**     **NO**

*Tdap vaccine is recommended prior to 7<sup>th</sup> grade entry. It is recommended that everyone receive a booster every 10 years.*

**I give consent for the patient to receive the HPV vaccine.**

**YES**     **NO**

*HPV vaccine is a 2-3 dose vaccine series recommended between ages 9 – 26.*

**I give consent for the patient to receive the Meningococcal vaccine.**

**YES**     **NO**

*Meningococcal (ACWY) vaccine is required prior to 7<sup>th</sup> grade entry and a 2<sup>nd</sup> dose is recommended between ages 16-18.*

*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 -or- Parent/Legal Guardian Signature:** \_\_\_\_\_

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

The Stock Used is:    **Weber**     **VFC**     **Special Project**

Date: \_\_\_\_\_

**Vaccine Given:**

- Flu Mist** (2-49 yrs) \_\_\_\_\_ 0.2ml [90660]
- Flu PFS** ( ≥ 6 mos) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90656]
- Flu MDV** ( ≥ 6 mos) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90658]
- HD Flu** (65 +) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90662]
- Tdap** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90715]
- HPV** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90651]
- Menquadfi** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90619]

**Site:**

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

Nurse's Initials: \_\_\_\_\_

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

Uso exclusivo de oficina

CA/CK

# Formulario de Consentimiento de la Clínica de Gripe

Lea las Declaraciones de Información sobre Vacunas, a las que puede acceder escaneando el código QR. →

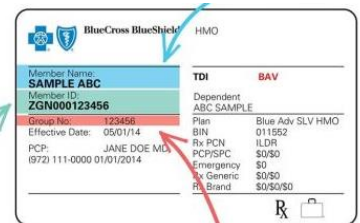


Su escuela y el Departamento de Salud Weber-Morgan (WMHD) se complacen en anunciar que se están asociando para proporcionar una Clínica de Inmunización en su escuela. Las enfermeras de WMHD ofrecerán la vacuna contra la influenza a todos los estudiantes y el personal. Las enfermeras de WMHD también ofrecerán las vacunas Tdap, HPV y Meningocócica a todos los estudiantes de sexto grado, escuela secundaria y preparatoria. Se recomiendan las vacunas Tdap, HPV y Meningocócica para todos los estudiantes que ingresan al grado 7. Se recomienda una segunda dosis de HPV 6 meses (o más tarde) después de que se administra la primera dosis y se recomienda una segunda dosis de la vacuna Meningocócica entre los 16 y 18 años. Los padres y hermanos pueden asistir con su hijo y pueden recibir su vacuna contra la influenza al mismo tiempo. Se recomienda que todas las personas mayores de 6 meses de edad reciban una vacuna anual contra la influenza para prevenir la enfermedad y la hospitalización. 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 las fechas y los horarios de las clínicas, consulte el calendario adjunto.

WMHD puede facturar a las siguientes compañías de seguros; sin embargo, le recomendamos que verifique que su plan de seguro esté en la red de WMHD. No se aceptan EPO. No todos los planes participan con Weber-Morgan Health Dept/ Gregory Gochnour, MD. Consulte con su plan o pague la tarifa correspondiente por los servicios.

- Aetna (No EPOs)
- BlueCross BlueShield (No EPOs)
- CAS (Beyond Investments only)
- Educators Mutual
- HealthEZ (OSD only)
- Molina
- SelectHealth
- United Health
- CHIP
- Deseret Mutual
- Health Choice
- Medicare
- Samera Health (T&C network only)
- UMR
- University of Utah

### Nombre del suscriptor



# Póliza/# ID # Grupo

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 **(0-18 VFC)(19+ W)**

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

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

Medicare #: \_\_\_\_\_  Medicare Railroad Número de seguro social \_\_\_\_\_  
 Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Payer ID #: \_\_\_\_\_  
 Dirección de reclamaciones médicas: \_\_\_\_\_ Cuidad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

4) El paciente NO tiene seguro.\*\* Adjunte la tarifa de divulgación. [Es ilegal seleccionar esta opción si el paciente tiene alguna cobertura de Seguro]

Adultos (edad 19+): Vacuna contra la gripe- \$20, Vacunación intranasal contra la gripe - \$50, Tdap - \$20 **(19+ SP or W)**  
 Niños (edades 0-18): Vacuna o Internasal contra gripe - \$20, Tdap - \$20, HPV - \$20, antimeningocócica - \$20 **(0-18 VFC)**

5) El paciente tiene seguro, pero pagará de su bolsillo porque: **(W)**

- el seguro del paciente NO está incluido en este formulario
- el seguro del paciente NO cubre las vacunas
- el paciente no desea que se facture al Seguro

Adjunte: vacuna o Internasal contra la gripe: \$50, vacuna contra la gripe en dosis alta: \$102, vacuna Tdap: \$82, vacuna contra el virus del papiloma humano: \$371, vacuna antimeningocócica: \$180 de pago por cuenta propia.\*\*

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

\*\*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**

Nombre Legal:		Sexo (circule uno): <b>Masc. Fem.</b>	Fecha de nacimiento:	Edad:
Número de teléfono:	Correo electrónico:		Raza:	Ethnicidad (circulo uno): <b>Hispana No-Hispana</b>
Domicilio:		Cuidad:	Código Postal:	
Escuela/Ubicación de la Clínica:		Nombre del Padre/tutor	Fecha de nacimiento del padre/tutor:	

**La persona que va recibir 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? <i>Si contestó Sí, por favor enumere: _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? <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 para que el paciente reciba la vacuna contra la gripe hoy. Sí\*  NO**

*\*Preferencia: Vacuna  Intranasal (edad 2-49)  No preferencia*

**Doy mi consentimiento para que el paciente reciba la vacuna de Tdap hoy. Sí  NO**

*Se recomienda la vacuna Tdap antes del ingreso al grado 7. Se recomienda que todos reciban un dosis de refuerzo cada 10 años.*

**Doy mi consentimiento para que el paciente reciba la vacuna contra el VPH. Sí  NO**

*La vacuna contra el VPH es una serie de vacunas de 2 a 3 dosis recomendada entre los 9 y los 26 años.*

**Doy mi consentimiento para que el paciente reciba la vacuna antimeningocócica. Sí  NO**

*La vacuna meningocócica (ACWY) es obligatoria antes del ingreso al grado 7 y se recomienda una segunda dosis entre los 16 y los 18 años.*

*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: **Weber  VFC  Special Project**

**Vaccine Given:**

- Flu Mist** (2-49 yrs) \_\_\_\_\_ 0.2ml [90660]
- Flu PFS** ( ≥ 6 mos) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90656]
- Flu MDV** ( ≥ 6 mos) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90658]
- HD Flu** (65 +) \_\_\_\_\_ 0.5ml [90662]
- Tdap** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90715]
- HPV** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90651]
- Menquadfi** \_\_\_\_\_ 0.5ml [90619]

**Site:**

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

Date: \_\_\_\_\_

Nurse's Initials: \_\_\_\_\_

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

## 2024 School Flu Clinic Calendar

### SEPTEMBER 2024

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
23	24	25	26	27 <b>DRIVE THRU FLU CLINIC @ WMHD</b> 10:00 am – 2:00 pm

### OCTOBER 2024

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
<b>SEPT 30</b>	<b>1</b> 9:00-Majestic 9:00-Farr West 1:00-Fremont HS 1:30-Wasatch	<b>2</b> 9:00-Ben Lomond HS  1:30-Lincoln 1:30-Liberty	<b>3</b> 9:00-Silver Ridge 9:00-Hooper 1:00-No Ogden Jr 1:30-Valley View	<b>4</b>
<b>7</b> 9:00-Canyon View 9:00-Roy Elem 1:30-Pioneer	<b>8</b> 9:00-West Weber 9:00-No Ogden Elem 1:30-H.Guy Child 1:30-Country View	<b>9</b> 9:00-Plain City	<b>10</b> 9:00-Haven Bay 9:00-Valley Elem 1:00-Snowcrest Jr 1:30-Uintah	<b>11</b> <b>DRIVE THRU FLU CLINIC @ WMHD</b> 10:00 am – 2:00 pm
<b>14</b> 9:00-Lomond View 9:00-Midland 1:00-Mt View Jr	<b>15</b> 9:00-Bates 9:00-Wash Terrace 1:00-Sand Ridge Jr	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
<b>21</b> 9:00-Municipal 9:00-Orchard Springs 1:00-TH Bell Jr 1:00-Orion Jr	<b>22</b> 9:00- Riverdale 9:00- Rocky Mt Jr 1:00-Bonneville HS 1:00-So Ogden Jr	<b>23</b> 9:00-West Haven 9:00-Burch Creek 1:30-Shadow Valley 1:30-New Bridge	<b>24</b> 9:00-Roy Jr 9:00-Two Rivers HS 1:00-Weber HS 1:30-Washington HS	<b>25</b>
<b>28</b> 9:00-Freedom 9:00-Green Acres 1:00-Wahlquist Jr 1:30-North Park	<b>29</b> 9:00-Lakeview 9:00-Bonneville Elem 1:00-West Field HS 1:30-Odyssey	<b>30</b> 9:00-Kanesville 9:00-Roy HS 1:30-Highland Jr 1:30-WIC	<b>31</b>  2:00-WSD Offices	<b>NOV 1</b>

### NOVEMBER 2024

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
4	5 9:00-GFA  1:30-East Ridge	6  1:30-Mound Fort Jr 1:30-Mt Ogden Jr	7 9:00-Heritage  1:30-Polk	8