

HARVEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT
Influenza Registration Form

CLIENT INFORMATION: Legal Last: _____ Legal First: _____ MI: _____
 Birth Date: _____ SS#: _____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Telephone: H (____) _____ Cell (____) _____ Work (____) _____
 School: _____ E-Mail, if over age 18: _____

=====
 Sex: Male Female Marital Status: Single Married Widowed
 Race: White Asian Black/African Am. Am. Indian Native Hawaiian/Pacific Islander Other
 Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic
 =====

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (if client is under 18):

Last: _____ First: _____ MI: _____ Birth Date: _____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Telephone: H (____) _____ Cell (____) _____ Work (____) _____
 SS# _____ E-Mail: _____

=====
Payment or arrangements must be made before the vaccination will be given. How do you plan to pay?

If not filing insurance, please contact us at 316-283-1637 to discuss payment.

- I will pay full fee today. Cash or check. Make check out to the Harvey Co Health Dept.
- I wish to apply for a reduced fee. My family's **gross** income is _____ per _____. (Please use your most current IRS Form 1040 Adjusted Gross Income if you filed taxes.) Number in household: ____.
- Bill private health insurance plan. Insurance card/information must be presented prior to or at time of service.
 Policyholder's Name: _____ Policyholder's DOB: _____
 Insurance Name: _____ Member ID: _____
- Bill KanCare and/or Medicaid. Insurance card/information must be presented prior to or at time of service.
 Child's Name as it appears on card: _____ Insurance Name: _____
 Insurance ID#: _____

=====
Please read and check each box that applies before signing.

- I give consent for the person named above to receive the requested vaccination.
- I authorize immunizations for the person named above be sent to his/her school upon request.
- I request a copy of the Vaccination Information Statement be presented at time of service.
- I request a copy of the Health Department's Notice of Privacy Practices to be presented at time of service.
- I request payment of insurance benefits to the Harvey County Health Dept.
- I authorize the release of only the medical or billing information necessary to process claims for insurance providers including Medicare or Medicaid.
- I agree to be fully responsible for any co-pay, deductible or non-covered services.

 Signature of Client or Responsible Party

 Relationship to Client

 Date

SEE BACK SIDE

For the client to receive any vaccine, all questions must be answered.

1. Does the client have any known allergies? YES NO
 If so, please list: _____
2. Has the person to be vaccinated ever had a reaction to vaccinations (shots) before? YES NO
 If so, please describe: _____
3. Has the client received any vaccine within 30 days before today? YES NO
4. Has the client ever received an influenza (Flu) vaccine? YES NO
5. Has the client ever had a reaction to an influenza (Flu) vaccination? YES NO
 If so, please describe: _____
6. Has the client ever had Guillian-Barre syndrome (a form of paralysis)? YES NO
7. Does the client have asthma, recurrent wheezing, or active wheezing? YES NO
8. Is the person to be vaccinated currently sick or experiencing a high fever? YES NO
9. Does the client have any of the following:
 a. Kidney Disease? YES NO
 b. Heart Disease? YES NO
 c. Blood Disorder? YES NO
 d. Metabolic diseases (e.g. diabetes)? YES NO
 e. Any disease that lowers the body's resistance to infection? YES NO
10. Is the client taking steroids, arthritis medication, chemotherapy or recently completed a course of steroids? YES NO
11. Has the person to be vaccinated had a seizure, convulsions or other neurological problem? YES NO
12. Will the client have close contact with anyone who has a weakened immune system and requires care in a protective environment? YES NO
13. Is the client pregnant, nursing, or thinking of becoming pregnant within the next three months? YES NO

FOR CLINIC USE ONLY

VACCINE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	DOSE	MANUFACTURER, LOT # EXP DATE
Influenza (Flu)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	08/06/2021		

08/24/2023

Signature Title of Vaccine Administrator

Date

INFORMACIÓN DEL CLIENTE: Apellido Legal: _____ Nombre Legal: _____ Inicial
 Del Nombre Segundo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Teléfono(s): Hogar (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____
 Escuela: _____

=====
Sexo: Masculino Femenino **Estado Civil:** Soltero Casado
Raza: Caucásico Asiático Negro Indio Americano Nativo de Hawái/Islas Pacificas Otro
Etnicidad: Hispano No Hispano

=====
INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN (si el cliente es menor de 18 años):

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Teléfono(s): Hogar (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____
 Seguro Social: _____ Correo Electronico: _____

=====
El pago o arreglos de pago deben ser hechos antes de que la vacuna sea administrada. ¿Cómo va a pagar? Si no va a presentar un seguro médico, por favor llame al 316-283-1637 para arreglar un pago de acuerdo con las vacunas elegidas.

- Voy a pagar hoy la tarifa completa. Cheque o Efectivo. (Haga el cheque a nombre de Harvey Co. Health Dept.)
- Deseo aplicar para un precio reducido. El ingreso bruto de mi familia es _____ por _____. (Por favor utilice su ingreso **bruto** de su Forma del IRS 1040 si usted hizo impuestos). Número de personas en su hogar: _____
 Enví el cobro a mi Seguro Médico Privado. Tarjeta de Seguro/información debe ser presentada al tiempo de servicio.
 Nombre del titular: _____ F. de nac. de la persona en la tarjeta: _____
 Nombre del Seguro: _____ ID del Seguro: _____
- Enví la cuenta a KanCare o Medicaid. Tarjeta de Seguro/información debe ser presentada al tiempo de servicio. Nombre del niño(a) como está escrito en la tarjeta: _____ Nombre del Seguro Médico: _____ Numero de ID del Seguro Médico: _____

=====
Por favor lee y marque cada casilla que corresponde antes de firmar.

- Doy consentimiento a la persona nombrada arriba para que reciba las vacunas solicitadas.
- Autorizo que las vacunas para la persona nombrada arriba se envíen a su escuela ha pedido.
- Solicito que se presenta una copia de la(s) Declaración(es) de Información de vacunación al momento del servicio.
- Solicito una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud que se presentará al momento del servicio.
- Solicito el pago de los beneficios del seguro al Departamento de Salud del Condado de Harvey.
- Autorizo el compartir de solo la información médica o de facturación necesaria para procesar reclamaciones para proveedores de seguros, incluidos Medicare o Medicaid.
- Acepto ser totalmente responsable de cualquier servicio de copago, deducible o no cubierto.

 Firma de la Persona Responsable o Cliente

 Relación

 Fecha

Para que el cliente reciba cualquier vacuna, todas estas preguntas deben ser respondidas.

1. ¿El cliente tiene alguna alergia? SI NO
Si respondió si, por favor listarlos: _____
2. ¿La persona a vacunar ha tenido alguna vez una reacción a (vacuna)? SI NO
Si respondió si, por favor describa; _____
3. ¿Ha recibido el cliente alguna otra vacuna dentro de los 30 días anteriores de hoy? SI NO
4. ¿Alguna vez el cliente recibió una vacuna contra la influenza (gripe)? SI NO
5. ¿Alguna vez el cliente ha tenido una reacción a la vacuna de la gripe? SI NO
Si respondió si, por favor describa: _____
6. ¿Alguna vez el cliente tuvo el síndrome de Guillain-Barre (una forma de parálisis)? SI NO
7. ¿El cliente tiene asma, sibilancias recurrentes o sibilancias activas? SI NO
8. ¿La persona a vacunar está enferma o tiene fiebre alta? SI NO
9. El cliente tiene cualquiera de los siguientes:
 - a. ¿Enfermedad del riñón? SI NO
 - b. ¿Enfermedad del corazón? SI NO
 - c. ¿Enfermedad de la Sangre? SI NO
 - d. ¿Enfermedades metabólicas (¿por ejemplo, diabetes?) SI NO
 - e. ¿Alguna enfermedad que disminuya la resistencia del cuerpo a las infecciones? SI NO
10. ¿El cliente está tomando esteroides, medicamentos para la artritis, quimioterapia o recientemente completo un curso de esteroides? SI NO
11. ¿Ha tenido la persona a vacunar convulsiones, y otro problema neurológico? SI NO
12. ¿El cliente tendrá contacto cercano con alguien que tenga un debilitado sistema inmune y requiere cuidado en un ambiente protector? SI NO
13. ¿Está embarazada, amamantando o está pensando en quedarse embarazada entre 3 meses? SI NO

=====

SOLO PARA EL USO DE CLINICA

VACCINE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	DOSE	MANUFACTURER, LOT # EXP DATE
Influenza (Flu)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	08/06/2021		

08/24/2023

Signature Title of Vaccine Administrator

Date

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant people, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. People who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-822-7967. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad



moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al 1-800-822-7967. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.

