

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HAMILTON
REGISTRO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA
INFLUENZA Y LA NEUMONÍA**

Nombre del paciente:	<i>(apellidos)</i>	<i>(nombre)</i>	<i>(segundo nombre)</i>
Fecha de nacimiento:	Edad:		
Dirección:			
Ciudad/Estado/ Código Postal:			
Teléfono:	<i>(casa)</i>	<i>(trabajo)</i>	<i>(celular)</i>
Número de Seguro Social:	<i>(Necesario para facturar a TennCare y Medicare)</i>		
Raza: <small>(seleccione las que apliquen a usted)</small>	Sexo:	Estado Civil:	Hispano:
<input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Afro-Americano/a		<input type="checkbox"/> Divorciado/a	
<input type="checkbox"/> Indio-Americano		<input type="checkbox"/> Separado/a	
<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Viudo/a	
<input type="checkbox"/> Otra			
		Lengua Materna:	
		<input type="checkbox"/> Inglés	
		<input type="checkbox"/> Español	
		<input type="checkbox"/> Otra	
¿Nació en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no: Fecha de entrada a los Estados Unidos: _____			
País de origen: _____			

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: Con mi firma reconozco que:

- He recibido una copia de la Notificación/Aviso de las Prácticas de Confidencialidad del Departamento de Salud del Condado de Hamilton.
- He leído los datos en la hoja "Información Importante" acerca de las(s) enfermedad(es) y de la(s) vacuna(s) que será(n) administrada(s).
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido contestadas satisfactoriamente.
- He comprendido los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) y autorizo que se administre ya sea a mi persona o al paciente por el cual yo soy responsable, la vacuna indicada en la parte de atrás de este formulario.
- He autorizado el pago por los beneficios médicos (si hubiera alguno) por parte propia al Departamento de Salud del Condado de Hamilton y a la vez autorizo la divulgación de cualquier dato médico o de cualquier otra información necesaria para el trámite de esta solicitud.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
(Firma del paciente o persona encargada)



POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE LA LINEA

S (Medicare Part B)	ID #: _____	
5BAD (Blue Advantage)	Group#: _____	
5RRM (Railroad Medicare)	Effective Date: _____	Verified in Computer <input type="checkbox"/>
5022 (Blue Cross)		Or
5XM5 (Cover Kids)		
6 Private Pay	Previous Balance: _____ + Today's Charge: _____ - Amt. Paid: _____ = New Balance: _____	Manual Receipt Number: _____ Or Attach a copy
A (TennCare)	(Circle One) ABCS ATCH ATAG ATCS APBCS APTCS ABTCS	TennCare #: _____ Effective Date: (Attach copy of card)
Private Insurance	Yes No (circle one)	

Patient Name: _____ D.O.B: _____

To Be Completed By Nurse

Allergies to food, medicine, latex, eggs or thimerosal? (Please reference Vaccine Components Table for specific product)
 Yes No **If yes, to what?:** _____

Serious reaction to a vaccine in the past? Yes No **If yes, what vaccine(s):** _____

Health Conditions:

<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Seizures or history of seizures or active neurological condition
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	History of Guillain-Barré Syndrome (Refer to PCP)
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Been told by a doctor <u>not</u> to have an intramuscular injection
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Bleeding disorder (Dr. order required – verbal or written)
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Current Acute Febrile Illness
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Other Medical: _____

Medications/Immunizations:

History of Pneumonia Vaccine (please refer to Immunization Protocols for Pneumovax (PPSV23) Prevnar (PCV13, PCV20) for guidance **PCV13** _____ **PCV20** _____ **PPSV23** _____

yes no

Other Recent Immunization: _____

yes no

Other Medications: _____

Education:

<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Fever Management/injection site discomfort
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Instructed to wait 20 minutes post vaccine administration
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Booster Dose education, if applicable below age 9
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Flu and Flu Mist VIS Form: 08/06/2021
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Pneumovax (PPSV23) VIS Form: 10/30/19
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Prevnar (PCV13) VIS Form: 02/04/22
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Prevnar (PCV20) VIS Form: 02/04/22
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Td VIS Form: 08/06/21 or Tdap VIS Form: 08/06/21
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Other Education Provided: _____

Procedure Code	Prog Code	Reim	Provider	Mfg	Lot Number	Route IM	Dose
Federally Qualified (Uninsured) Adults							
						Inj Site	
90686 Fluarix (19-64) (PFS)	AH	6		GSK		RA LA	0.5 ml
90674 Flucelvax (19-64) (PFS)	AH	TennCare		SEO		RA LA	0.5 ml
						RA LA	0.5 ml
VFC Children							
90686 Flulaval/Fluzone (6 mos –18 yrs–PFS)	CH	Medicare		GSK			0.5 ml
90688 Fluzone (6 mos – 18 yrs – MDV)	(thru 20)	Blue Adv		SPI			0.5 ml
90674 Flucelvax (6 mos – 18 yrs-PFS)		RRM		SEQ			0.5 ml
90672 FluMist (2 yrs – 18 yrs)							
Privately-Insured Children + Adults							
90682 Flublok (18 yrs +)		BlueCross		SPI		RA LA	0.5 ml
90686 Fluarix (6 mos +)- adult		CoverKids		GSK		RA LA	0.5 ml
90662 Hi-dose Fluzone(65+ yrs)				SPI		RA LA	0.7 ml
*Vaccine admin - 6 mos –18 yrs 90460							
*Vaccine admin – 19+ yrs 90471							
*Vaccine admin – Medicare G0008							
90715 (Tdap) / 90714 (Td)				SPI/GSK		RA LA	0.5 ml
90732 (Pneumovax)				MSD		RA LA	0.5 ml
90670 (Prevnar-PCV13)				PFR		RA LA	0.5 ml
90677 (Prevnar-PCV20)				PFR		RA LA	0.5 ml

Comments: _____

PROVIDER SIGNATURE: _____ **DATE:** _____