

SAVE TIME

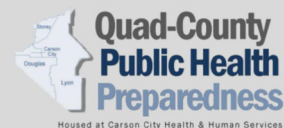
Get your child's flu shot at school!

A team will be at your child's school this fall to offer flu immunizations.

In order for your child to receive a flu shot, please fill out the attached paperwork and return it to your child's classroom teacher **no later than the day before the scheduled clinic**. If you wish for your child to "opt-out" of this clinic and not receive a flu vaccine, please do not return the forms.

School	Date
Carson HS	10/14/21 & 10/15/21
Early Childhood	10/15/21
Fritsch ES	10/18/21
Empire ES	10/18/21
Mark Twain ES	10/19/21
Bordewich Bray ES	10/20/21
Fremont ES	10/21/21
Pioneer HS	10/21/21
Seeliger ES	10/22/21
Eagle Valley MS	10/25/21
Carson MS	10/26/21

For Community Flu Vaccine Events Visit:
gethealthycarsoncity.org/events



The following forms ***must*** be complete for your child to participate:

- Consent form must be completed, all allergies listed, signed, and returned to school.
- Complete the insurance status on the consent form and attach a copy of the insurance card.

If you do not have insurance, you will not be turned away.

For uninsured or underinsured, the flu shot is \$20.

Please review the Vaccine Information Statements, Frequently Asked Questions, and the Notice of Privacy Practices before the school clinic:

www.gethealthycarsoncity.org
www.carsoncityschools.com

*If you would like a print copy of these documents, please contact us.

Have questions or need more information?
Please contact:

Cari Rioux
775-283-7905 • CRioux@Carson.org

Jessica Rapp
775-283-7536 • JRapp@Carson.org

AHORRAR TIEMPO

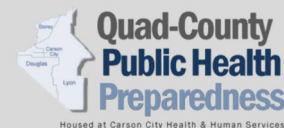
Obtenga la vacuna contra la gripe para sus hijos en la escuela!

Un equipo estará en la escuela de sus hijos este otoño para ofrecer vacunas contra la influenza.

Para que sus hijos reciban la vacuna contra la gripe, complete los documentos adjuntos y devuélvala al maestro de la clase, **a más tardar el día antes de la clínica**. Si desea que su hijo "opte por no participar" en esta clínica y no reciban la vacuna contra la gripe, no devuelva los documentos.

La Escuela	Fecha
Carson HS	10/14/21 & 10/15/21
Early Childhood	10/15/21
Fritsch ES	10/18/21
Empire ES	10/18/21
Mark Twain ES	10/19/21
Bordewich Bray ES	10/20/21
Fremont ES	10/21/21
Pioneer HS	10/21/21
Seeliger ES	10/22/21
Eagle Valley MS	10/25/21
Carson MS	10/26/21

Para eventos comunitarios sobre vacunas contra la influenza, visite:
gethealthycarsoncity.org/events



Los siguientes formularios deben estar completos para que sus hijos participe:

- Complete el estado del seguro en el formulario de consentimiento y adjunte una copia de la tarjeta del seguro.
- Complete el estado del seguro en el formulario de consentimiento y adjunte una copia de la tarjeta del seguro.

Si no tiene seguro, no lo rechazarán.

Para personas sin seguro o con seguro insuficiente, la vacuna contra la gripe cuesta \$20.

Revise las Declaraciones de información sobre vacunas, las Preguntas frecuentes y el Aviso de prácticas de privacidad antes de la clínica escolar:

www.gethealthycarsoncity.org

www.carsoncityschools.com

* Si desea una copia impresa de estos documentos, comuníquese con nosotros.

¿Tiene preguntas o necesita más información? Por favor contactar:

Cari Rioux

775-283-7905 ▪ CRioux@Carson.org

Jessica Rapp

775-283-7905 ▪ JRapp@Carson.org



Seasonal Influenza Consent Form (English)

Complete the following for the person who is being vaccinated:

Patient Name: First _____ Middle _____ Last _____
 Phone: (____) _____ Birth Date: ____ Month/ ____ Day/ ____ Year Age Today: ____ Sex: F M Other
 Mailing Address: _____ City/State/Zip Code: _____
 Parent/Guardian Full Name: _____ Mothers Maiden Name: _____

Race (Check all that apply)

White Black/African American Pacific Islander American Indian/Alaskan Native Asian

Ethnicity (Check one box)

Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino

Social Security Number: _____ - _____ - _____

Insurance Status (Check one box only) * Insurance/Medicaid # is required if you are insured!

Insured: Insurance Company: _____ Claim Address: _____
 Policy/Member ID #: _____ Group # (if one applies): _____
 Policy Holder Name: _____ Policy Holder Relationship to Patient: _____
 Policy Holder Birth Date: ____/____/____

*If this section is incomplete you may be billed for full cost of vaccine and administration fee

Medicaid / NV Check Up insurance #: _____ Uninsured (*If possible, attach \$20 payment)

Questions for the person getting vaccinated today:

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Is the person to be vaccinated sick today? If yes, what are their symptoms? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Has the person been vaccinated against influenza (flu) in the past? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Does the person have any allergies, such as eggs, a vaccine component or latex?
If yes, list what allergies: | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Has the person ever had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain: | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Has the person ever had Guillain-Barre Syndrome in the past? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |

Read, Initial and Sign:

____ I have received and understand the vaccine information statement(s) and I have had the opportunity to ask questions for the immunization(s) to be administered to me or the person named above, for whom I am authorized to make this request.

____ I agree to allow my immunization information, or the person named above, for whom I am authorized to make this request, to be stored and accessed by authorized users in "Nevada's WebIZ" computer system unless I indicate otherwise.

____ I also agree to have my blood tested or the person named above, for whom I am authorized to make this request, for bloodborne bacteria and viruses that may result in disease in the event a person is exposed to my blood or body fluids, or the person named above.

____ By signing this document, I declare that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize Carson City Health and Human Services (CCHHS) to bill my insurance carrier for services received by myself or my dependents. I authorize insurance reimbursement to be paid directly to CCHHS. I am responsible for any outstanding balance on my account or account(s) of my dependent(s). I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims and I agree to allow my medical records to be shared within CCHHS programs.

To view the Health Information Practices Act please visit our website: <https://gethealthycarsoncity.org/clinic/>

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian signature required if under 18 years old

CLINIC USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Administered by: _____ Credential: _____ Date: ____/____/____ RD LD OTHER
 Amount \$: _____ Received by: _____ Cash Amount: _____ Check Check #: _____
 \$ Reconciliation by and Date: _____ Scan by and Date: _____ Charted by and Date: _____



Seasonal Influenza Consent Form (Spanish)

Complete lo siguiente para la persona que está siendo vacunada:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 Teléfono: (____) _____ Fecha de Nacimiento: ____ Mes/ ____ Día/ ____ Año Edad de Hoy : ____ Sexo: F M Otro
 Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Nombre completo de Padre / Guardián: _____ Nombre de Soltera: _____

Raza (marque todo lo que corresponda)

Caucásico Afro-Americano Asiático Americano Nativo Isleño del Pacífico

Etnicidad (marque una casilla)

Hispano/Latino No Hispano/Latino

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Clasificación de la cobertura médica (Marque sólo una casilla) * *¡Se requiere número de seguro/Medicaid si está asegurado!*

Seguro Médico Privado Nombre de la compañía de seguro Médico: _____

Número de identificación de seguro Médico: _____ Nombre de Grupo (si se aplica): _____

Nombre de la Persona Primaria: _____ Relación del asegurado con la paciente _____

Fecha de Nacimiento de la Persona Primaria: ____/____/____

*Si esta sección no está completa, se le puede facturar el costo total de la vacuna y la tarifa de administración.

Medicaid / NV Check Up #:

No tiene seguro Médico (* Si es posible, incluya el pago de \$20)

Preguntas para la persona que recibe las vacuna(s) hoy:

1. ¿Está enferma la persona que va a vacunarse hoy? Si es así, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿La persona ha sido vacunada contra la influenza (gripe) en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene la persona alguna alergia, como huevos, un componente de una vacuna o látex? Si es así, anote sus alergias:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿La persona ha tenido alguna reacción seria con alguna vacuna en el pasado? Si es así, por favor explique:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿La persona ha tenido el síndrome de Guillain-Barre en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Lea, Inicial y firme:

_____ He recibido y entiendo la (s) declaración (es) de información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la (s) inmunización (s) que se me administrarán a mí o a la persona mencionada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud.

_____ Acepto permitir que mi información de vacunación o la de la persona nombrada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud, sean almacenados y accedidos por usuarios autorizados en el sistema informático "Nevada's WebIZ" a menos que yo indique lo contrario.

_____ También acepto que me hagan un análisis de sangre o la persona mencionada anteriormente, para la que estoy autorizado a realizar esta solicitud, para detectar bacterias y virus que se transmiten a través de la sangre que pueden provocar una enfermedad en caso de que una persona esté expuesta a mi sangre o fluidos corporales, o la persona nombrada arriba.

_____ Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi entender. Autorizo a Carson City Health and Human Services (CCHHS) a cobrar a mi compañía de seguro por los servicios recibidos por mí o por mis dependientes. Autorizo que el reembolso del seguro se pague directamente a CCHHS. Soy responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta o cuenta (s) de mi (s) dependiente (s). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones de seguros y acepto permitir que mis registros médicos se compartan dentro de los programas de CCHHS.

Firma: _____ Fecha: _____

Se requiere la firma de los padres/guardián para menores de 18 años

Reconocimiento

Administered by: _____ Credential: _____ Date: ____/____/____ RD LD OTHER

Amount \$: _____ Received by: _____ Cash Amount: _____ Check Check #: _____

\$ Reconciliation by and Date: _____ Scan by and Date: _____ Charted by and Date: _____