SAN JUAN COUNTY PUBLIC HEALTH INFLUENZA CLINIC 2017-18
VACCINE ADMINISTRATION RECORD

Needs 2nd shot?
Y / N

1) Información acerca de la persona que recibirá la vacuna (Letra de inprenta)					
Apellido	**Primer Nombre**	**MI**	**Fecha de Nacimiento** Mes Dia Año	**Masculino o Femenino**	**Edad**
Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**	**Numero de teléfono**	

2) Información de pago: Mandaremos la cuenta a Medicaid, Medicare y Kaiser Permanente (si administramos 5 vacunas de Kaiser en la clinica). Si paga con cheque o efectivo, ingrese el monto pagado. (niños de 6 meses a 18 años $23) y/o (Adulto $45) caso contrario proporcione su seguro medico.

Efectivo /Cheque	Medicaid	Medicare	Kaiser Permanente
$	#	#	#

Para niños menores de 19 años.	Medicaid	Privada	Seguro insuficiente	No seguro	Nativo de Alaska	Indio americano
Tipo de seguro	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

3) Por favor responda las preguntas a continuación, para la persona que recibirá la vacuna. Firme, escriba su nombre.

a.	Es usted alérgico a los huevos?	SI	NO	
b.	Est` usted enfermo con una temperature mayor a 100 o mas alta?	SI	NO	
c.	Alguna vez ha tenido alguna reacción a la vacuna de influenza?	SI	NO	
d.	Usted esta` embarazada?	SI	NO	
e.	Ha sufrido del síndrome de Guillain-Barre después de recibir la vacuna de influenza?	SI	NO	

He recibido y leído o se me ha explicado la información contenida en la hoja de información sobre la vacuna (VIS) para la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas de manera satisfactoria. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que me den la vacuna contra la influenza o la persona nombrada abajo por quien yo autorizado en esta solicitud. Entiendo que la información de inmunización se almacenará electrónicamente por el Sistema de Información e inmunización del estado de Washington (WSIIS) y esta información será utilizada por los proveedores de atención de médica y el personal escolar para ayudarles a proporcionar atención médica. He revisado y respondido a las preguntas de pre-inmunización en este formulario. **Me han recomendado permanecer sentado en la clínica durante 20 minutos después de recibir cualquier inmunización**. Se me ha dado la oportunidad de leer el "Aviso de Privacidad" del Condado de San Juan (SJC). Entiendo que puedo solicitar el acceso a mi información personal de salud, que se encuentra en formato electrónico y además cómo esa información puede ser utilizada o revelada. Autorizo a SJC o la compañía de seguros para divulgar información sobre mis notas de visitas médicas a profesionales del cuidado de la salud y mi compañía de seguros. Soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado. SJC no discrimina.

Firma	(Imprenta) Nombre y apellido	Relación	Fecha

Firma o nombre de la persona que recibirá la vacuna(o persona que autoriza este requerimiento – PADRE O APODERADO)

San Juan County Health & Community Services
P.O. Box 607 – Friday Harbor – WA 98250
Phone: (360)378-4474 Fax: (360)378-7036

Frank James, M.D., NPI# 173024855

Seasonal Influenza Vaccine Information

Facility	Imm Date	Imm Type	Lot number	Site	Route	Administered By

01 - San Juan County Health & CS, P O Box 607, 145 Rhone St, Friday Harbor, WA 98250			
02 - Orcas Public Health Clinic, 62 Henry St., Eastsound, WA 98245			
03 - Lopez Public Health Clinic, 2228 Fisherman Bay Road, Lopez, WA 98260			
	Date this record was entered into the WA Registry		
	Initials of person who recorded the data		

2017-18 Influenza Vaccine Payment matrix

Immunization Type	Child (VFC)			Vaccine CPT
PF 6-35	PF Fluzone (6mo - 35mo)			90685
MDV-VFC	Fluzone (3yr - 18yrs)			90688

	Adult			
PF-A	PF Fluzone 18yrs and over			90686
I.D.	PF Fluzone Intradermal (18yrs - 64yrs)			90630
MDV-A	Fluzone (18yrs and over)			90688
H.D.	Fluzone High Dose (65yrs & older)			90662