

2026-2027 Seasonal Vaccine Form

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: (marque con un círculo) Hombre Mujer	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre del contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia:		Relación con el paciente:	
Nombre de su compañía de seguro médico:	Número de Póliza:	Nombre del asegurado:	Teléfono del asegurado:	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente:		Dirección de la compañía de seguro:	
Compañía de seguro médico secundaria:	Número de póliza secundaria:	Nombre del asegurado:	Teléfono del asegurado:	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente:		Dirección de la compañía de seguro:	

Cuestionario Y Consentimiento de Vacunación

1. ¿Está enfermo hoy?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
4. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barré?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
5. ¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección por el virus del COVID-19?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
6. ¿Está embarazada?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
7. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
8. ¿Está nervioso(a) por ponerse una inyección hoy?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
9. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra el VSR?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
10. Para pacientes de 50 a 74 años: ¿Padece alguna condición médica crónica como enfermedad pulmonar, asma, insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal o sistema inmunitario débil?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Autorice con sus iniciales	Vacuna
	Flu Vaccine (Ages 6mon to 64 years) or uninsured
	Flu Vaccine High Dose (Ages 65 and older)
	RSV (Arexvy) (Ages 60 and older)
	Covid-19 (Pfizer Monovalent 25-26 season) 5-11years
	Covid-19 (Pfizer 25-26 season) 12 years and up

Seguros medicos en red: Aetna, First Choice Health, Blue Cross Blue Shield, United Healthcare, UMR, Great West/Cigna, WY Medicaid, and Medicare, and Tricare

Yo, _____ doy mi autorización para mí o a mi hija (o) (_____) para recibir la(s) vacuna(s) indicadas por el Departamento de Salud de Laramie County. Entiendo que las vacunas solo se administrarán si están indicadas por mi historial de vacunación, edad y el cuestionario de evaluación de salud. Además, he leído o se me ha explicado y entiendo la(s) Hoja(s) de Información sobre Vacunas (VIS) para la(s) vacuna(s) que el personal de enfermería de salud pública (PHN) administrará hoy. Un profesional de la salud también me brindó educación y asesoramiento sobre cada vacuna y respondió detalladamente a mis preguntas. Se me ha aconsejado esperar 15 minutos en observación después de recibir la(s) vacuna(s). Mi firma a continuación es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) al seguro u otro pagador. Además, me comprometo a pagar todas las tarifas que no estén cubiertas por el seguro.

Aviso de Prácticas y Privacidad: Reconocimiento de recibo

El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad explica como el WDH puede usar o difundir la información de salud privada. No todas las situaciones pueden estar descritas, El WDH está obligado a proveer a sus clientes con la información acerca de las prácticas de privacidad, y como su información confidencial será almacenada y/o usada.

Mi firma a continuación autoriza el consentimiento para que yo o mi hijo/a recibamos las vacunas marcadas con iniciales en este formulario. Mi firma a continuación también es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) al seguro u otro pagador. Además, me comprometo a pagar todas las tarifas que no estén cubiertas por el seguro. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del WDH y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información.

(Firma)	(Fecha)
(Nombre del Padre o Tutor)	(Relación con el paciente)

CHEYENNE LARAMIE COUNTY PUBLIC HEALTH OFFICIAL USE ONLY

Clinic Location:	Date and Time of Administration:		RN Signature:
Flu Vaccine CPT CODE Flulaval: 90656 High Dose: 90662	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/MyVIP Private	Place Sticker Here
RSV CPT Code: 90679	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/MyVIP Private	Place Sticker Here
COVID 19 5-11 yo: 91319 12yo+: 91320	Location of Injection (circle) RDT LDT	Stock Type (Circle) VFC/MyVIP Private	Place Sticker Here

Entered into WyIR: _____

Billed in CureMD: _____

Scanned in CureMD: _____