

Tulare County Public Health Department- Flu Vaccine Form

5957 S. Mooney Blvd. Visalia, CA 93277

Provider ID- 172810

Phone: _____

NPI # _____

Fecha de servicio: _____ Nombre del Tutor: _____

Nombre de paciente: _____ Edad del paciente: _____

Domicilio : _____ Ciudad: _____

Número de teléfono : _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento : _____ Genero : _____ M / F

Payment Method (Check all that apply)Completado por el personal del condado

Bill to: Client Insurance Medicare Medi-Cal

Member ID#: _____

Insurance Name: _____

Autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Tulare a dar información relacionada con el servicio de la persona mencionada anteriormente a terceros que pueden pagar los gastos y / u otros profesionales de la salud y a facturar por el servicio que se me han prestado, si corresponde. Solicito a mi pagador que pague directamente a TCPHD por los servicios prestados.

Firma: _____ Fecha: _____

	IMMUNIZATIONS	DX	CPT
	Influenza 6-35m Quad no pres	Z23	90685
	Influenza 3yrs Quad no pres	Z23	90686
	Influenza 6-35m Quad	Z23	90687
	Influenza 3+yrs quad w/ pres	Z23	90686
	Influenza 6-35m	Z23	90687
	Influenza 3+yrs quad w/ pres	Z23	90688

	IMMUNIZATION ADMIN	CPT
	Single - IM/SC	90471
	Each Addiitonal IM/SC	90472
	Single Oral/Nasal	90473

Vaccine program clients charged Admin Only

Notes:

Vaccination Record (Below section must be completed by the nurse administering the vaccine (s))

Flu Vaccine Manufacturer	Date Administered	Body Site (Circle One)	Lot Number	Administered By
	/ /	LD / RD		TCHHSA/

Información General de salud	Sí	No	No se
1. ¿Está usted o su hijo(a) enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Usted o su hijo(a) tienen una alergia a los huevos o a un componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Usted o su hijo(a) alguna vez has tenido una reacción grave a la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Usted o su hijo(a) ha tenido el síndrome de Guillan-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para las mujeres: ¿está usted o su hija embarazada o podría quedar embarazada en el mes que viene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usted o su hijo(a) fueron vacunados con la vacuna contra la influenza después del 1 de julio año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunization Records:	Sí	No
He leído el formulario de declaración de CAIR (Registro de Vacunación de California)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Deseo compartir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento para la vacunación:

He leído o me han explicado la declaración de información de vacuna para la vacuna que recibiré y entiendo los riesgos y beneficios. Doy consentimiento para que el personal licenciado de HHSa administre estas vacunas.

Firma: _____ **Fecha:** _____

To be completed by Tulare County Nursing staff:
I have reviewed and addressed all of the information above: _____