

School Immunization & Flu Clinic Information

6th Grade only

Office Use Only
CA/CK

Dear Parent or Guardian:

Your school and Weber Morgan Health Department (WMHD) are pleased to announce they are partnering to provide an Immunization Clinic at your child's school. It is recommended that everyone over 6 months of age receive an annual influenza vaccine to prevent illness and hospitalizations. Tdap, HPV, and Meningococcal vaccine are recommended for all students entering 7th grade. School nurses and WMHD nurses will be offering these vaccinations to all 6th grade students at your child's school. Parents and siblings are welcome to attend with their child and may receive vaccinations at the same time.

- **For Clinic dates and times**, see the attached calendar.
- **Please read the vaccine information statements** at www.webermorganhealth.org or call 801-399-7250 for a paper copy. They will answer questions you may have regarding these vaccines.
- **Please fill out both sides of this form.**
- **Please send the completed form back to the school on the day of the clinic.**
- You can also find copies of this form & the calendar at www.webermorganhealth.org or your school website.

Weber Morgan Health Department can bill the following insurance companies if your child is covered by them:

- Aetna/Altius
- Blue Cross Blue Shield*
(*Except Focal Point)
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Medicaid
- PEHP
- Samera Health*
(*T&C Network Only)
- Select Health
- TRICARE*
(*May need referral from PCP)
- UMR
- United Health Care*
(*Except Railroad Employees)
- University of Utah

Please choose one of the following payment categories:

*(*If you have more than one insurance, please check ALL that apply.)*

- My child has Medicaid or CHIP. ***Please attach a copy of Medicaid/CHIP card.*
(All information must be completed in order for us to bill)
HMO/ACO Name: _____ Policy/Member ID #: _____
- My child has one or more of the insurances listed above. ***Please attach a copy of insurance card(s).*
(All information must be completed in order for us to bill your insurance)
#1 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Group #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____
#2 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Group #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____
- My child has NO insurance.** Please attach the following: Flu \$20, Tdap \$20, HPV \$20, Meningococcal \$20.*
- My child has insurance that pays for immunizations but it is NOT listed on this form**
–OR–
- My child has insurance, but it does NOT cover vaccinations.**
Please attach the following: Flu \$30, Tdap \$56, HPV \$260, Meningococcal \$124.*

**If payment is indicated, it needs to be sent with the consent form on the day of the clinic.*

Cash or check is acceptable. Please make check payable to "WMHD".

If you would like us to send you an itemized receipt to submit to your insurance – please call (801)399-7250.

Payment information must be filled out on the front of this form.

**WEBER MORGAN HEALTH DEPARTMENT
Encounter – Permission Form 6th grade**

Please fill out the following information for the person receiving the vaccine.

Legal Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

Address: _____ City: _____ ZIP Code: _____

Telephone #: _____ Cell Phone #: _____

Race: _____ Ethnicity: _____ Sex: _____ School Child is Enrolled in: _____

Mother's Maiden Name: _____

I have read, or had explained to me, the information contained in the Vaccine Information Statement for the person receiving the vaccine(s). I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) be given to me or the person for whom I am authorized to make this request. I agree that this information may be shared with schools, daycare centers, healthcare providers and others when medically necessary. I understand that it is my responsibility to know what my insurance plan covers and agree to pay the portion not covered by my insurance. I understand that if Weber Morgan Health Department does not have a contract with my insurance company, or my insurance company denies payment, I am responsible for all charges incurred. I am hereby notified that the Weber Morgan Health Department's Notice of Privacy Practices and Vaccine Information Statements are located on their web site at www.webermorganhealth.org and I have had a chance to ask questions about how my public health information will be used.

Has the person receiving the vaccine:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1. been ill in the last week with anything more severe than a cold? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 2. had a serious reaction to a previous vaccination? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 3. been paralyzed by Guillain-Barre Syndrome? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 4. had a serious allergy to any foods or medications? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| If yes, please list: _____ | | |
| 5. had a seizure, brain, or nerve problem? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 6. I would like my child to have the Flu vaccine today: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 7. I would like my child to have the Tdap vaccine today: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 8. I would like my child to have the HPV vaccine today: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 9. I would like my child to have the Meningococcal (MCV4) vaccine today: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |

Parent/Guardian Name (Please Print): _____

Parent/Guardian Signature: _____

*** Space below for Office Use Only***

The Stock Used is: VFC Weber

Vaccine(s) Given:

- Flu _____ 0.5cc
 Tdap _____ 0.5cc
 Meningococcal _____ 0.5cc
 HPV _____ 0.5cc

Site:

- L R Del
 L R Del
 L R Del
 L R Del

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes: _____

Información sobre la Clínica de Vacunación en la Escuela

Solo para 6º grado

Para uso exclusivo
de la oficina
CA/CK

Estimados Padres y Tutores:

Su escuela primaria y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica para aplicar las vacunas contra la gripe, contra el tétano, la difteria y la tos ferina (Tdap), la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y antimeningocócica en la escuela de su hijo. Se recomienda que todos los niños mayores de 6 meses reciban una vacuna contra la gripe anualmente para prevenir la enfermedad y las hospitalizaciones. Las vacunas Tdap, VPH y antimeningocócica son recomendados para todos los alumnos que entran a 7º grado el próximo otoño. Las enfermeras escolares y el personal de enfermería del departamento de salud ofrecerán estas vacunas a todos los alumnos de 6º grado de la escuela primaria de su hijo. Los padres y los hermanos están invitados a presentarse junto al alumno y podrán recibir vacunas en el mismo momento.

- **Para conocer los días y horarios de la Clínica**, consulte el calendario adjunto. También puede visitar la página web de su escuela, o visitar www.webermorganhealth.org.
- **Lea las declaraciones informativas sobre las vacunas en www.webermorganhealth.org** o llame al número 801-399-7250 para obtener una copia impresa. Allí podrá obtener respuestas a las preguntas que pueda tener acerca de estas vacunas.
- **Por favor complete ambos lados de esta forma.** También puede ir al sitio web de la escuela, o ir a www.webermorganhealth.org e imprimir los formularios.
- **Envíe el formulario completo de regreso a la escuela el día de la clínica.**

El Departamento de Salud de Weber-Morgan puede facturar a las siguientes compañías de seguro médico si su hijo está cubierto por alguna de ellas:

- | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| • Aetna/Altius | • GEHA | • TRICARE* |
| • Blue Cross Blue Shield*
(*Except Focal Point) | • Medicaid | (*May need referral from PCP) |
| • CHIP | • PEHP | • UMR |
| • Deseret Mutual | • Samera Health*
(*T&C Network Only) | • United Health Care*
(*Except Railroad Employees) |
| • Educators Mutual | • Select Health | • University of Utah |

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago (Si tienes mas que un seguro favor de seleccionar las):

- Mi hijo tiene Medicaid o CHIP. ***Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid/CHIP*****
(Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar)
Nombre del HMO/ACO: _____ Número de Póliza: _____
- Mi hijo tiene cobertura de uno de los seguros médicos incluidos arriba.**
(Toda la información debe de ser completada para que podamos enviar la factura a su seguro médico)
*****Por favor adjunte una copia de la tarjeta/s del seguro*****
#1 Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____
- #2 Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____
- Mi hijo no tiene seguro médico.** Por favor, adjunte los siguientes montos: Gripe \$20, Tdap \$20, VPH \$20, Antimeningocócica \$20.*
- Mi hijo tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas.**
Por favor, adjunte los siguientes montos: Gripe \$30, Tdap \$56, VPH \$260, Antimeningocócica \$124.*
- Mi hijo tiene seguro médico que cubre las vacunas pero no está en la lista incluida en este formulario.**
Por favor, adjunte los siguientes montos: Gripe \$30, Tdap \$56, VPH \$260, Antimeningocócica \$124.*

Se aceptan pagos en efectivo y con cheque. Por favor, haga los cheques a la orden de "WMHD".

* Si se selecciona esta forma de pago, es necesario enviar el pago junto con el formulario de consentimiento el día de la clínica

Se debe completar la información de pago en el frente de este formulario

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN Formulario de consentimiento para 6º grado

Complete la siguiente información sobre la persona que recibirá la vacuna.

Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Sexo: _____ Nombre del Escuela: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

He leído, o me han explicado, la información contenida en las Declaraciones Informativas sobre las Vacunas para la persona que recibe la(s) vacuna(s). Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) me sea(n) aplicada(s), o le sea(n) aplicada(s) a la persona por quien estoy autorizado a presentar esta solicitud. Acepto que esta información pueda ser compartida con escuelas, guarderías infantiles, profesionales de la salud y otras personas cuando sea médicamente necesario. Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura de mi plan de seguro médico y acepto pagar la parte no cubierta por mi seguro. Entiendo que si el Departamento de Salud de Weber-Morgan no tiene contrato con mi seguro médico, o si mi seguro médico se niega a pagar, soy responsable por todos los gastos incurridos. Por la presente se me notifica de que el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Weber-Morgan y las Declaraciones Informativas sobre las Vacunas están disponibles en su página web www.webermorganhealth.org y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre cómo será utilizada mi información de salud pública.

La persona que recibe la vacuna:

1. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío? No Sí
2. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente? No Sí
3. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre? No Sí
4. ¿Ha tenido alguna alergia importante a algún alimento o medicamento? No Sí
Si contestó Sí, por favor enumere: _____
5. ¿Ha tenido convulsiones o problemas con los nervios o cerebro? No Sí
6. Quiero que hoy mi hijo reciba la vacuna contra la Gripe. (Flu) No Sí
7. Quiero que hoy mi hijo reciba la vacuna Tdap. No Sí
8. Quiero que hoy mi hijo reciba la vacuna VPH. (HPV) No Sí
9. Quiero que hoy mi hijo reciba la vacuna antimeningocócica. (MCV4) No Sí

Nombre del Padre /o Tutor (Imprimir): _____

Nombre del Padre /o Tutor (Firma): _____

El siguiente espacio es para uso exclusiva de la oficina

The Stock Used is: VFC Weber

Vaccine(s) Given:

- Flu _____ 0.5cc
 Tdap _____ 0.5cc
 Meningococcal _____ 0.5cc
 HPV _____ 0.5cc

Site:

- L R Del
 L R Del
 L R Del
 L R Del

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes: _____

**Weber-Morgan Health Department
2021 School Flu Clinic Calendar**

OCTOBER 2021

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
				1 WMHD Drive Thru Flu Clinic 10 am – 2 pm
4 9:00- North Ogden Elementary 9:00- Riverdale 1:30- Taylor Canyon 1:30- TO Smith	5 9:00- Kanesville 9:00- Green Acres 1:30- Wash Terrace 1:30- H Guy Child	6 9:00- Pioneer 9:00- Burch Creek 1:00- South Ogden Jr 1:30- Good Foundations Academy	7 9:00- Farr West 9:00- Roosevelt 1:30- Valley View 1:00- TH Bell Jr	8
11 Columbus Day	12 9:00- West Weber 9:00- Mound Fort Jr 1:00- Highland Jr	13	14	15
18 9:00- Wahlquist Jr 9:00- North Park 1:30- Lakeview	19 9:00- Midland 9:00- Plain City 1:30- Country View 1:30- Canyon View	20 9:00- Freedom 2:00- Leadership Learning Academy	21 9:00- Hooper 9:00- Valley 1:00- Snowcrest Jr 1:30- Municipal	22
25 9:00- Roy Jr 9:00- Rocky Mtn Jr 1:30- Orchard Springs 1:30- James Madison	26 9:00- Silver Ridge 9:00- Roy Elementary 1:00- North Ogden Jr	27 9:00- West Haven 9:00- Bates	28 9:00- Sand Ridge Jr 9:00- Lomond View 2:00- District Office 2:00- Weber Innovations Center	29

NOVEMBER 2021

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
1 9:00- Lincoln 1:30- Shadow Valley	2 9:00- Wasatch 1:30- Odyssey	3 9:00- Hillcrest 9:00- Bonneville 1:30- East Ridge	4 1:30- New Bridge 1:00- Mt Ogden Jr	5
8 9:00- Heritage	9	10 Veteran's Day	11	12