

# IIC 2020 Immunization Screening Questionnaire ENGLISH

6919 East 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis IN 46219

School:

Teacher's Name:

Room #

## Complete the Following for the Person Who is Being Vaccinated:

**PATIENT Name:** FIRST \_\_\_\_\_ MIDDLE \_\_\_\_\_ LAST \_\_\_\_\_

Phone: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex:  F  M

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Full Name: \_\_\_\_\_ Ethnicity:  Hispanic/Latino  Not Hispanic/Latino

Race: (Check all that apply)  American Indian/Alaskan Native  Asian  Black  Native Hawaiian/Pacific Islander  White  Unknown

### Insurance Status (Check box)

**NO INSURANCE**

**MEDICAID**

Company: \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_  Don't know

### **PRIVATE or COMMERCIAL INSURANCE (NOT MEDICAID)**

Insurance Company: \_\_\_\_\_ Insurance Policy ID: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_ (if one applies): \_\_\_\_\_

Policy Holder Name: \_\_\_\_\_ Policy Holder Birth Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Policy Holder Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

### Questions for the Person Getting Vaccinated:

NO YES

1. Is the person to be vaccinated sick today? If yes, what are their symptoms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have any allergies to medications, foods, a vaccine component or latex? Please list allergies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barre Syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Does the person to be vaccinated have a long-term health problem with heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (e.g. diabetes), anemia, or other blood disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does the person to be vaccinated have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does the person to be vaccinated take cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or have you had x-ray treatments for cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the person to be vaccinated had a seizure, brain, or other nervous system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the person to be vaccinated smoke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. During the past year, has the person to be vaccinated received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. For women: Is the person to be vaccinated pregnant or is there a chance they could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Has the person to be vaccinated received any vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

By signing below, I consent to the use and disclosure of my or my child's personal health information for the purpose of health care operations, along with the assignment of all payments from the insurer listed above to VaxCare for the services rendered.

**Consent for Use of Protected Health Information & Claims Assignment:** I hereby consent to and acknowledge the receipt of a Notice of Privacy Practices regarding the use and disclosure of my personal health information for the purpose of health care operations, along with the assignment of all payment from the insurer listed above to VaxCare associated with the services contemplated herein. Vaccine

Authorization: My signature on this form indicates that I have requested that the vaccine indicated below be administered to me or my dependent by a VaxCare representative. I relieve VacXare, the VaxCare partner, the administering person and personnel of any liability for any reactions that should occur. I unconditionally and irrevocably waive any right to a trial by jury, to the maximum extent allowed by law, for any claim or action arising out of or related to this service, and that any such claim or action shall be determined solely on an individual

# IIC 2020 Immunization Screening Questionnaire ENGLISH

6919 East 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis IN 46219

School: \_\_\_\_\_ Teacher's Name: \_\_\_\_\_ Room #: \_\_\_\_\_

basis through arbitration in accordance with Commercial Arbitration Rules of the American Arbitration Association. Neither I nor VaxCare shall be entitled to join or consolidate claims in arbitration by or against other individuals or entities, or arbitrate any claims as a representative member of a class or in private attorney general capacity. In the case of the occupational exposure, VaxCare has patient's permission for blood testing for patient and employee safety alike. I have read or have had explained to me the information from the Vaccine Information Statement(s) and understand the risks (including adverse reactions) and benefits of the vaccine(s). If consenting for another, I have the legal authority, based on my relationship to the individual indicated above, to consent to this vaccine(s) administration.

**I consent** to myself/my child being vaccinated with all recommended vaccinations that are due at this time. If I want to refuse any specific vaccine I will call 317-628-7116 or email: [clinic@vaccinateindiana.org](mailto:clinic@vaccinateindiana.org) Vaccines that may be administered based on you/your child's vaccination record: DTaP, Hepatitis A, Hepatitis B, HIB, Polio, Influenza, MMR, Human Papilloma Virus, Meningitis, PCV13, Varicella

**Electronic Signatures:** Electronic signatures are used for health records as a means of attestation of electronic health record entries, transcribed documents, and computer-generated documents. By checking this box and submitting by name and date on this form I understand that I am executing an electronic signature which is considered legally binding as a means to provide consent to the terms and conditions outlined on this form. It is VaxCare's policy to accept electronic signature in lieu of physical signature. This process operates within the secured infrastructure, ensuring integrity of process and minimizing risk of unauthorized activity in the design, use, and access of the electronic health record.

Signature: X \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian signature required if under 18 years old

## CLINIC USE ONLY

VACCINE	VIS	MANUFACTURER /LOT # / EXP DATE	INJECTION SITE	Route
DTAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
DTAP/IPV	4/01/20 10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP A	7/20/16		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP B	08/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP A/B	7/20/16 8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HPV9	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
Influenza	08/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MCV4	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MenB	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MMR	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
MMR/V	8/05/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
PCV-13	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
POLIO	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
PPSV23	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
CHICKENPOX (VARICELLA)	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
TDAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

ENTERED INTO CHIRP BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

# Consentimiento de la Coalición para la Inmunización de Indiana ESPAÑOL

6919 East 10<sup>th</sup> Street, C2 Indianapolis, IN 46219

Escuela:

Nombre del Docente:

Salón #

## Complete los siguientes campos con los datos de la persona que está siendo vacunada:

**PRIMER Nombre DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **SEGUNDO NOMBRE** \_\_\_\_\_ **APELLIDO** \_\_\_\_\_

Número Telefónico: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Dirección de Domicile: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Grupo étnico:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

Raza: (marque todo lo que corresponda)  India Americana/Nativo de Alaska  Asiática  Negra  Nativo de Hawái/Islas del Pacífico  Blanca  Desconocida

## Situación del Seguro (Marque la casilla)

SIN SEGURO

MEDICAID

Empresa: \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_  No sabe

## SEGURO PRIVADO o COMERCIAL (NO MEDICAID)

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Identificación de la Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_ N° de grupo: \_\_\_\_\_ (si aplica)

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Parentesco del Titular de la Póliza con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Preguntas para la Persona que se va a Vacunar:

NO Sí

- |   |   |
|---|---|
| 1. ¿La persona que va a ser vacunada está enferma hoy? De ser así, ¿cuáles son sus síntomas?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene alergia a algún medicamento, un alimento, a un componente de la vacuna o al látex? Por favor indique las alergias:   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? De ser así, por favor explique el caso:   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (SGB)?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿La persona que va a ser vacunada tiene algún problema de salud de larga duración como enfermedades cardíacas, pulmonares, asma, enfermedades renales, enfermedades metabólicas (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿La persona que va a ser vacunada tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿La persona que va a ser vacunada toma medicamentos como cortisona, prednisona, otro tipo de esteroides, medicamentos anticancerígenos o ha recibido tratamientos de rayos X para el cáncer?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿La persona que va a ser vacunada fuma?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) durante el año pasado?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. En el caso de mujeres: ¿La persona que va a ser vacunada está embarazada o existe la posibilidad de que lo esté durante el próximo mes?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Al firmar en la parte inferior, doy mi consentimiento para que se use y divulgue mi información médica personal o la de mi hijo con el fin de realizar operaciones de atención médica, así como para que se asigne a VaxCare todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente por los servicios prestados.

**Consentimiento para el uso de información médica protegida y asignación de reclamos:** Por la presente consiento y reconozco que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información personal de salud con el propósito de operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente a VaxCare en relación con los servicios contemplados en este documento. Autorización para la vacuna: Mi firma en este formulario indica que he

# Consentimiento de la Coalición para la Inmunización de Indiana ESPAÑOL

6919 East 10<sup>th</sup> Street, C2 Indianapolis, IN 46219

Escuela:

Nombre del Docente:

Salón #

solicitado que un representante de VaxCare me administre a mí o a mi dependiente la vacuna indicada a continuación. Libero a VaxCare, al socio de VaxCare, al personal y a la persona encargada de la administración de la vacuna de cualquier responsabilidad por las distintas reacciones que puedan ocurrir. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio ante un jurado, en la medida máxima permitida por la ley para cualquier reclamo o acción que surja o esté relacionada con este servicio, y a que cualquier reclamo o acción de este tipo sea resuelto únicamente en forma individual a través de un arbitraje de acuerdo a las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendremos derecho a unir o consolidar reclamos en un arbitraje por o contra otros individuos o entidades, ni a realizar el arbitraje de ningún reclamo como miembro representante de una clase o en calidad de abogado general privado. En el caso de una exposición ocupacional, VaxCare tiene el permiso del paciente para hacer pruebas de sangre a fin de garantizar la seguridad tanto del paciente como del empleado. He leído o me han explicado la información de la(s) Declaración(es) de Información sobre la(s) Vacuna(s) y entiendo los riesgos (incluyendo las reacciones adversas) y los beneficios de la(s) vacuna(s). Si doy el consentimiento por otra persona, tengo la autoridad legal, en función de mi relación con la persona indicada anteriormente, para autorizar la aplicación de esta(s) vacuna(s).

**Doy mi consentimiento** para que yo/mi hijo sea vacunado con todas las vacunas recomendadas que se deben aplicar en este momento. Si quiero rechazar alguna vacuna específica, llamaré al 317-628-7116 o lo haré saber por correo electrónico a: [clinic@vaccinateindiana.org](mailto:clinic@vaccinateindiana.org). Las vacunas que pueden ser administradas basándose en su registro de vacunas o el de su hijo/a son: DTaP, Hepatitis A, Hepatitis B, HIB, Polio, Gripe, MMR, Virus del Papiloma Humano, Meningitis, PCV13, Varicela

**Firmas Electrónicas:** Las firmas electrónicas se utilizan en los registros de salud como un medio para certificar los registros de salud electrónicos, los documentos transcritos y los documentos generados por computadora. Al marcar esta casilla y facilitar el nombre y la fecha en este formulario, entiendo que estoy ejecutando una firma electrónica, lo cual se considera legalmente válido para consentir los términos y condiciones descritos en este formulario. La política de VaxCare es aceptar la firma electrónica en lugar de la física. Este proceso funciona dentro de una infraestructura asegurada, garantizando la integridad del proceso y minimizando el riesgo de actividades no autorizadas en cuanto al diseño, el uso y el acceso a la historia clínica electrónica.

**Firma:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Se requiere la firma de los Padres o Tutores en el caso de personas menores de 18 años

## CLINIC USE ONLY

VACCINE	VIS	MANUFACTURER /LOT # / EXP DATE	INJECTION SITE	Route
DTAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
DTAP/IPV	4/01/20 10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP A	7/20/16		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP B	08/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP A/B	7/20/16 8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HPV9	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
Influenza	08/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MCV4	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MenB	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MMR	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
MMR/V	8/05/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
PCV-13	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
POLIO	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
PPSV23	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
CHICKENPOX (VARICELLA)	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
TDAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_