South Central Public Health District
Prevent. Promote. Protect.

IMMUNIZATION SIGNATURE CARD

CLIENT NUMBER _____

Last Name	First Name	Mid Initial	Male ☐ Female ☐	Birthdate (Mo/Day/Year)
Name of Parent or Legal Guardian		Mother's Maiden Name and Date of Birth		
Mailing Address	City	State	Zip	Telephone ( )

The following questions are about the person receiving the vaccinations:

	YES	NO
1. Are you ill today or have you had a fever or diarrhea?	☐	☐
2. Are you allergic to any of the following? medications ☐ vaccines ☐ eggs ☐ latex ☐		
3. Do you have seizures or brain problems?	☐	☐
4. Have you had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐
5. Do you have a chronic illness being treated by a physician?	☐	☐
6. Do you or any person who lives with you have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐
7. Have you or any person who lives with you taken any steroids, anticancer drugs, or x-ray treatments in the past three months?	☐	☐
8. Have you received a transfusion of blood or plasma or been given immune globulin in the past year?	☐	☐
9. Are you pregnant or plan to become pregnant in the next three months?	☐	☐
10. Are you American Indian or Alaskan Native?	☐	☐
11. Do you have insurance, Medicaid, or Medicare?	☐	☐
12. Does it cover immunizations?	☐	☐

13. If yes, circle what type of insurance you have? MEDICAID MEDICARE PRIVATE

Company: _____**Group Number:** _____ **Policy Number:** _____

PLEASE PRESENT, MEDICAID, MEDICARE OR INSURANCE CARD TO THE RECEPTIONIST

Initial statements below:

_____ I understand the benefits, risks, or complications from the vaccine(s) and request that the vaccine(s) indicated be given to me or to the person named for whom I am authorized to make this request. (Further information about the vaccines is available upon request.)

_____ I have been provided with a copy of South Central Public Health District's Notice of Privacy Practices.

_____ I also understand that I am responsible for payment for all services not covered by my insurance.

_____ I authorize release of medical information necessary to process medical claims and authorize payment of benefits to South Central Public Health District. This includes Medicaid, Medicare, and private insurance.

_____ I understand immunizations are not mandatory and may be refused on religious or other grounds.

X_____ _____

Signature Date

IRIS ENROLLMENT

Please be advised that all immunization records will be entered into the IRIS system effective July 1, 2010. Participation in the immunization registry is voluntary. To have your records removed from IRIS, you must contact the Idaho Immunization Program at 208-334-5931 for a deletion form.

South Central Public Health District
Prevent. Promote. Protect.

IMMUNIZATION SIGNATURE CARD

CLIENT NUMBER _____

Apellido	Primer Nombre	Inicial de Segundo Nombre	Hombre ☐ Mujer ☐	Fecha de Nacimiento (Mes/ Día/Año)
Nombre de Padre o Guardián Legal		Apellido de Soltera de la Madre y fecha de nacimiento		

Domicilio donde llega su correo	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono ( )

Las siguientes preguntas son acerca de la persona que recibirá las vacunas:

	SÍ	NO
1. ¿Está usted enfermo hoy o ha tenido fiebre o diarrea?	☐	☐
2. ¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes? medicaciones ☐ vacunas ☐ huevos ☐ látex ☐		
3. ¿Tiene usted ataques o problemas del cerebro?	☐	☐
4. ¿Ha tenido usted una reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐
5. ¿Tiene usted una enfermedad crónica que es tratada por un médico?	☐	☐
6. ¿Usted o alguna persona que viva con usted, tiene cáncer, Leucemia, SIDA, u otro problema del sistema inmune?	☐	☐
7. ¿Usted, o alguna persona que viva con usted, toma esteroides, drogas anticáncer, o ha recibido tratamientos de radiografía en los últimos tres meses?	☐	☐
8. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o de plasma, o le han dado la globulina inmune en el último año?	☐	☐
9 ¿Está usted embarazada o tiene un plan de estar embarazada en los próximos tres meses?	☐	☐
10. ¿Es usted Nativo de Alaska o Indio Americano?	☐	☐
11. ¿Tiene seguro médico, Medicaid o Medicare?	☐	☐
12. ¿Su seguro medico cubre vacunas?	☐	☐

13. ¿Si contesto "SÍ", que tipo tiene? MEDICAID MEDICARE SEGURO PRIVADO

Nombre de Compañía de Seguro: _____ **Número de grupo:** _____ **Número de póliza/tarjeta:** _____

POR FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE SEGURO MEDICO, MEDICAID, O MEDICARE A LA RECEPCIONISTA

Por favor marque con iniciales las declaraciones de abajo:

_____ Yo entiendo los beneficios, riesgos, y complicaciones de las vacunas y pido que sean dadas a mi persona o a la persona indicada por quien estoy autorizado para hacer esta petición. (Puede solicitar más información sobre las vacunas)

_____ Me han proporcionado una copia del aviso de las prácticas de privacidad de South Central Public Health District.

_____ También entiendo que soy responsable por el pago de los servicios no cubiertos por mi seguro médico.

_____ Yo autorizo que se de a conocer información médica que sea necesaria para procesar demandas médicas y autorizo pago de beneficios a South Central Public Health District. Esta autorización incluye Medicaid, Medicare, y Seguro Medico Privado.

_____ Yo entiendo que el recibir vacunas no es obligatorio y que puedo rechazar las vacunas a base de religión o otros motivos.

X_____ _____

Firma Fecha

**** INSCRIPCIÓN EN IRIS****

Por Favor sea avisado que su expediente de vacunas serán sometida al **Sistema de Información para el Recordatorio de Vacunas (IRIS)** efectivo el 1 de julio de 2010. Participación en el registro de vacunas es voluntaria. Para eliminar su expediente del sistema de IRIS, es necesario que usted se ponga en contacto con el programa de vacunas del estado de Idaho al 208-334-5931, para la solicitud de supresión.