

ADULT VACCINATIONS

This form is to be completed by ADULTS ONLY

INFORMATION		
Last Name:	First Name:	
Date of Birth:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Employer:
Home Address:		ZIP Code:
Daytime Phone: (Required)	Mobile: (Optional)	
Email address (If available):		

HEALTH SCREENING
Have you ever had a severe reaction to a vaccine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes- describe:
Do you have any severe allergies to medications, food, eggs , or latex? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes- describe:
Do you have a condition that lowers immunity (cancer, leukemia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes- describe:
Are you taking medication that lowers immunity (cortisone, other steroids, radiation)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes- describe:
Are you currently receiving aspirin therapy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes- describe:
Have you been diagnosed with asthma or experienced recurrent wheezing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes- describe:
Are you pregnant or nursing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Please check with your doctor if you are unsure of medical details. Please let us know about any changes in your medical condition on the day of vaccination.

CONSENT FOR VACCINATION
I have read and understand the information provided to me about the vaccinations listed below, including risks and side effects. I further understand the School that my child attends (named above) is not liable for the services or vaccinations administered by Health4Chicago.
I would like to receive the recommended vaccine(s) I have checked below:
<input type="checkbox"/> Seasonal Influenza (Flu) <input type="checkbox"/> Pertussis, Tetanus, and Diphtheria (Tdap)

HEALTH INSURANCE	<input type="checkbox"/> I DO NOT HAVE INSURANCE
Name of Insured:	Insured's Date of Birth:
Medicare #:	
Insurance Type (non-Medicare):	<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO
Insurance ID #:	Group #:
Employer Name:	

Vaccine	Date Administered	INTERNAL USE ONLY			Lot Number (Place Sticker)	Immunizer
		Site/ Route (Circle One)				
		RA IM	LA IM	IN		
		RA IM	LA IM	IN		
		RA IM	LA IM	IN		

I opt out of my information being entered into the Illinois Comprehensive Automated Immunization Registry Exchange, which allows Illinois providers access to my immunization records.

I agree to assign insurance benefits to the treating physician. Medical information may be released to my insurance company for the purposes of securing payment for services received. I understand it is my responsibility to understand my benefits and insurance coverage and I will be held responsible for any fees owed for services.

Signature

Date



VACUNAS ADULTOS

SOLAMENTE ADULTOS debe completar este formulario

INFORMACIÓN						
Apellido:		Nombre:				
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Empleado:				
Domicilio:		Código Postal:				
Número Teléfono: (Requerido)	Número Celular: (Opcional)					
Correo electrónico (si disponible):						
REVISIÓN MÉDICA						
¿Ha tenido alguna vez su niño una reacción severa a una vacuna? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:						
¿Su niño tiene alergias graves a medicamentos, alimentos, huevos o al látex? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:						
¿Tiene su niño una condición que reduce la inmunidad? (e.g. cancer, leukemia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:						
¿Toma su niño un medicamento que disminuye la inmunidad? (cortisona, esteroide, radiación)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:						
¿Recibe su niño tratamiento con aspirina? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:						
¿Ha diagnosticado su niño de asma o tiene respiración sibilante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:						
¿Está embarazada su hija o está dando pecho? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
Si no está seguro de los detalles medicos, por favor consulte con su médico. Si hay un cambio en la salud de su hijo(a), por favor notifique al proveedor(a) de servicios en el día de la vacunación.						
CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN						
He leído y entiendo la información que me han dada sobre las vacunas indicadas a continuación, incluyendo los riesgos y efectos secundarios. Entiendo que la escuela de mi hijo(a) no se hace responsable por los servicios o las vacunaciones administradas de Health4Chicago.						
Recibirá las vacunas recomendadas y marcadas abajo:						
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la Influenza de temporada (Gripe/FLU)		<input type="checkbox"/> Vacuna contra Difteria, Tétanos y Tos Ferina (Tdap)				
SEGURO MÉDICO						
				<input type="checkbox"/> NO TENGO SEGURO MÉDICO		
Nombre del asegurado:		Fecha de nacimiento del asegurado:				
Número de identificación de Medicare:						
Seguro Médico (privado):		<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO				
Número de identificación de seguro médico (privado):		Grupo:				
Empleador:						
SOLAMENTE PARA USO INTERNO						
Vaccine	Date Administered	Site/ Route (Circle One)			Lot Number (Place Sticker)	Immunizer
		RA IM	LA IM	IN		
		RA IM	LA IM	IN		
		RA IM	LA IM	IN		

Opto por no introducir mi información en el Integral de Intercambio Automatizado de Registro de Vacunación de Illinois, que permite a los proveedores de Illinois el acceso a los registros de mi vacunación.

Estoy de acuerdo en asignar los beneficios del seguro por el medico tratante. La información médica puede ser divulgada a mi compañía de seguros a los efectos de garantizar el pago de los servicios recibidos. Entiendo que es mi responsabilidad de entender mis beneficios y cobertura de seguros y seré responsable de los honorarios debidos por los servicios.

Firma

Fecha