

Office Use Only

CA/CK

School Flu Immunization Clinic Consent Form

Please read the Vaccine Information Statements, which can be accessed by scanning the QR code →



Your school and Weber-Morgan Health Department (WMHD) are partnering to provide a school Immunization Clinic. Students and staff, as well as parents and siblings are welcome to attend and receive their immunization(s). For clinic dates and times, **see the attached calendar**. WMHD nurses will be offering the following immunizations:

- ▶ **Influenza** - It is recommended that everyone over 6 months of age receive an annual influenza vaccine.
- ▶ **Tdap, HPV, and Meningococcal** – Offered to all 6th grade, junior high & high school students. These immunizations are recommended prior to entering 7th grade. A second dose of HPV is recommended 6 months (or later) after the first dose is given and a second dose of Meningococcal vaccine is recommended between ages 16-18. Tdap vaccine will also be offered to adults as it is recommended that everyone receive a Tdap or Td booster every 10 years.

WMHD can bill the following insurance companies; please verify that your insurance plan is in network with WMHD or pay the appropriate fees. No EPOs accepted. Not all plans are participating with Weber-Morgan Health Dept/Gregory Gochnour, MD.

- Aetna (No EPOs)
- BlueCross BlueShield (No EPOs)
- BRMS (Beyond Investments only)
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Health Choice
- HealthEZ (OSD only)
- Medicaid
- Medicare (Part B only)
- Molina
- PEHP
- Samera Health (T&C network only)
- SelectHealth
- TRICARE
- UMR
- United Health
- University of Utah

Subscriber/Policy Holder Name

Policy/ID #

Group #

Please choose one of the payment categories below: **(ALL information must be completed in order for us to bill)**

If you have more than one insurance, check **ALL** that apply. **PLEASE ATTACH/TEXT A COPY OF YOUR INSURANCE CARD.***

- ☐ 1) Patient has one or more of the insurances listed above* List Medicaid/Medicare in options 2 or 3. TRICARE use 11-digit DBN. **[W]**

Primary Insurance: _____ Policy #: _____ Group #: _____
 Subscriber Name: _____ Subscriber Date of Birth: _____
 Secondary Insurance: _____ Policy #: _____ Group #: _____
 Subscriber Name: _____ Subscriber Date of Birth: _____

- ☐ 2) The patient has*: ☐ Medicaid -or- ☐ CHIP SSN: _____ **[0-18 VFC] [19+ W]**
 Check one: ☐ Traditional Medicaid ☐ Health Choice ☐ Molina ☐ SelectHealth ☐ University of Utah
 Member ID/Medicaid #: _____ CHIP Policy # (SelectHealth Only): _____

- ☐ 3) The patient has*: ☐ Medicare (Part B) -or- ☐ Medicare Advantage Plan **[W]**
 Medicare #: _____ ☐ Medicare Railroad SSN: _____
 Insurance Name: _____ Policy #: _____ Payer ID #: _____
 Medical Claims Address: _____ City/State/Zip Code: _____

***Attach a copy or text a picture of your insurance card (front & back) to (801)399-7247 with patient/child's name, DOB & school.**

- ☐ 4) The patient has NO insurance.** Please attach outreach fee. [It is unlawful to select this option if patient has any insurance coverage]
 Adults (age 19+): Flu Shot - \$20, Flu Mist - \$50, Tdap - \$20 **[19+ SP or W]**
 Children (age 0-18): Flu Shot or Mist - \$20, Tdap - \$20, HPV - \$20, Meningococcal - \$20 **[0-18 VFC]**

- ☐ 5) The patient has insurance but will be paying out of pocket because: **[W]**

- the patient's insurance is NOT listed on this form
- the patient's insurance does NOT cover immunizations
- the patient does not wish to have insurance billed

Please attach: Flu Shot or Mist - \$50, High Dose Flu - \$122, Tdap - \$82, HPV - \$371, Meningococcal - \$180 self-pay fee.**

**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.

Weber-Morgan Health Department Consent Form

Patient's name:		Gender (circle one): Female Male	Date of Birth:	Age:
Phone:	Email:	Race:	Ethnicity (circle one): Hispanic Non-Hispanic	
Address:		City:	Zip Code:	
School/Location of Clinic:		Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian DOB:	

The person receiving the vaccine:

	YES	NO
1. has been ill in the last week with anything more severe than a cold?	☐	☐
2. has a serious allergy to any foods or medications? <i>If yes, please list:</i> _____	☐	☐
3. has had a serious reaction to a previous vaccination?	☐	☐
4. has a history of Guillain-Barre Syndrome or had a seizure, brain or nerve problem? <i>If yes, please circle.</i>	☐	☐
5. has taken antiviral medication, received a blood transfusion or immune globulin in the past year?	☐	☐
6. has had a vaccine in the last month? <i>If yes, please list vaccine(s) & date:</i> _____	☐	☐
7. is receiving aspirin therapy or medication that suppresses immune system (e.g. chemotherapy)?	☐	☐
8. is pregnant, or has a chronic illness such as heart disease, lung disease (including asthma), kidney disease, neurologic disease, liver disease, metabolic disease (e.g. diabetes), a spinal fluid (CSF) leak, an immunocompromising condition, missing or non-functioning spleen or a cochlear implant?	☐	☐
<i>If yes, please circle and describe:</i> _____		

I give consent for the patient to receive the Flu vaccine.**

YES* ☐ NO ☐

***Preference:** Flu Shot (ages 6 mo+) ☐ Flu Mist/nasal spray (ages 2-49) ☐ No Preference ☐

****Depending on vaccine availability, insurance coverage, and CDC guidelines, the nurse will make final determination which vaccine will be given to the student. Parental preference will be taken into consideration.**

I give consent for the patient to receive the Tdap vaccine.

YES ☐ NO ☐

*Tdap vaccine is **required prior to 7th grade entry**. It is also recommended that **everyone receive a booster every 10 years**.*

I give consent for the patient to receive the HPV vaccine.

YES ☐ NO ☐

*HPV vaccine is a 2-3 dose vaccine series recommended between **ages 9 – 26**.*

I give consent for the patient to receive the Meningococcal vaccine.

YES ☐ NO ☐

*Meningococcal (ACWY) vaccine is **required prior to 7th grade entry and a 2nd dose is recommended between ages 16-18**.*

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 & risks of the vaccine(s) & 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 & others when medically necessary. I understand that it is my responsibility to know what my insurance plan covers & 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 & Patient Responsibility Form are located at www.webermorganhealth.gov & I have had a chance to ask questions. Vaccine Information Statements can be accessed by scanning the QR code on the opposite side of this form & I have had an opportunity to review these & ask questions. The Weber-Morgan Health Department collects this data in order to coordinate services. We are committed to protecting your data privacy. See <https://www.webermorganhealth.gov/about/personal-data-requestnotice/>

Patient -or- Parent/Legal Guardian Signature: _____

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

The Stock Used is: Weber ☐ VFC ☐ Special Project ☐

Date: _____

Vaccine Given:

Site:

Nurse's Initials: _____

☐ Flu Mist (2-49 yrs) _____	0.2ml [90660]	Nasal
☐ Flu PFS (≥ 6 mos) _____	0.5ml [90656]	☐ L ☐ R Del/Thigh
☐ HD Flu/Flublok (65 +) _____	0.5ml [90662/90673]	☐ L ☐ R Del/Thigh
☐ Tdap _____	0.5ml [90715]	☐ L ☐ R Del/Thigh
☐ HPV _____	0.5ml [90651]	☐ L ☐ R Del/Thigh
☐ Menquadfi _____	0.5ml [90619]	☐ L ☐ R Del/Thigh

Notes: _____

Uso exclusivo de oficina

CA/CK

Formulario de Consentimiento de la Clínica de Gripe

Lea las Declaraciones de Información sobre Vacunas, a las que puede acceder escaneando el código QR. →



Su escuela y el Departamento de Salud Weber-Morgan (WMHD) se han asociado para ofrecer una clínica de vacunación escolar. Los estudiantes y el personal, así como los padres y hermanos, están invitados a asistir y recibir sus vacunas. Para consultar las fechas y horarios de las clínicas, **consulte el calendario adjunto**. El personal de enfermería del WMHD ofrecerá las siguientes vacunas:

- ▶ **Influenza**- Se recomienda que todas las personas mayores de 6 meses reciban la vacuna anual contra la influenza.
- ▶ **Tdap, VPH y Meningococo**- Se ofrecen a todos los estudiantes de grado 6, secundaria y preparatoria. Estas vacunas se recomiendan antes de ingresar a grado 7. Se recomienda una segunda dosis de la vacuna contra el VPH 6 meses (o posteriormente) después de la primera dosis, y una segunda dosis de la vacuna meningocócica entre los 16 y los 18 años. La vacuna Tdap también se ofrecerá a los adultos, ya que se recomienda que todos reciban un refuerzo de Tdap o Td cada 10 años.

WMHD puede facturar a las siguientes compañías de seguros; sin embargo, le recomendamos que verifique que su plan de seguro esté en la red de WMHD. No se aceptan EPO. No todos los planes participan con Weber-Morgan Health Dept/ Gregory Gochnour, MD.

- Aetna (No EPOs)
- BlueCross BlueShield (No EPOs)
- BRMS (Solo Beyond Investments)
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Health Choice
- HealthEZ (Solo OSD)
- Medicaid
- Medicare (Solo Part B)
- Molina
- PEHP
- Samera Health (Solo T&C network)
- SelectHealth
- TRICARE
- UMR
- United Health
- University of Utah

Nombre del suscriptor

Member Name SAMPLE ABC	TDI BAV
Member ID ZGN000123456	Dependent ABC SAMPLE
Plan Blue Adv SLV HMO	Plan 011552
Effective Date 05/01/14	Rx PCN ILDR
PCP JANE DOE MD	PCP/SPC S080
Emergency S080	Emergency S080
Brand S080	Brand S080

Póliza/# ID # Grupo

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago: (Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar).

Si tiene más de un seguro, marque TODOS los que correspondan. Indique Medicaid/Medicare en las opciones 2 o 3.

POR FAVOR, ADJUNTE/ENVÍE POR MENSAJE DE TEXTO UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO*.

☐ 1) El paciente tiene uno o más de los seguros mencionados anteriormente*. TRICARE utiliza un DBN de 11 dígitos. **[W]**

Seguro Primario: _____ Numero de Póliza: _____ Grupo #: _____
Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular: _____
Seguro Segundo: _____ Numero de Póliza: _____ Grupo #: _____
Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular: _____

☐ 2) El paciente tiene*: ☐ Medicaid -or- ☐ CHIP **[0-18 VFC] [19+ W]**

Selecciona uno: ☐ Medicaid Tradicional ☐ Health Choice ☐ Molina ☐ SelectHealth ☐ University of Utah
Member ID/Medicaid #: _____ CHIP Policy # (SelectHealth solo): _____

☐ 3) El paciente tiene*: ☐ Medicare (Part B) -or- ☐ Medicare Advantage Plan **[W]**

Medicare #: _____ ☐ Medicare Railroad Número de seguro social _____
Nombre del Seguro: _____ Numero de Póliza: _____ Payer ID #: _____
Dirección de reclamaciones médicas: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

***Adjunte una copia o envíe por mensaje de texto un foto de su tarjeta de seguro (anverso y reverso) al (801) 399-7247 con el nombre del paciente/niño, fecha de nacimiento y escuela.**

☐ 4) El paciente NO tiene seguro.** Adjunte la tarifa de divulgación. [Es ilegal seleccionar esta opción si el paciente tiene alguna cobertura de Seguro]

Adultos (edad 19+): Vacuna contra la gripe- \$20, Vacunación intranasal contra la gripe - \$50, Tdap - \$20 **[19+ SP or W]**
Niños (edades 0-18): Vacuna o Internasal contra gripe - \$20, Tdap - \$20, HPV - \$20, antimeningocócica - \$20 **[0-18 VFC]**

☐ 5) El paciente tiene seguro, pero pagará de su bolsillo porque: **[W]**

- el seguro del paciente NO está incluido en este formulario
- el seguro del paciente NO cubre las vacunas
- el paciente no desea que se facture al Seguro

Adjunte: vacuna o Internasal contra la gripe: \$50, vacuna contra la gripe en dosis alta: \$122, vacuna Tdap: \$82, vacuna contra el virus del papiloma humano: \$371, vacuna antimeningocócica: \$180 de pago por cuenta propia.**

*Por favor adjunte una copia de la tarjeta del seguro de atrás y de frente.

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

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

Si desea que le enviemos un recibo detallado para enviarlo a su seguro, llame al (801) 399-7250.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN Formulario de Consentimiento

Nombre Legal:		Sexo (circule uno): Masc. Fem.	Fecha de nacimiento:	Edad:
Número de teléfono:	Correo electrónico:		Raza:	Ethnicidad (circulo uno): Hispana No-Hispana
Domicilio:		Cuidad:	Código Postal:	
Escuela/Ubicación de la Clínica:		Nombre del Padre/tutor	Fecha de nacimiento del padre/tutor:	

La persona que va recibir la vacuna

	SÍ	NO
1. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío?	☐	☐
2. ¿Ha tenido alguna alergia grave a algún alimento o medicamento?	☐	☐
<i>Si contestó Sí, por favor enumere: _____</i>		
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente?	☐	☐
4. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré o ha tenido convulsiones, problemas cerebrales o nerviosos? <i>En caso afirmativo, circule.</i>	☐	☐
5. ¿Ha tomado medicación antiviral, ha recibido una transfusión de sangre o inmunoglobulina en el último año?	☐	☐
6. ¿Ha tenido una vacuna en el último mes?	☐	☐
<i>En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) y la fecha: _____</i>		
7. ¿Está recibiendo terapia con aspirina o medicamentos que inhiben el sistema inmunitario (p. ej., quimioterapia)?	☐	☐
8. ¿Está embarazada o tiene una enfermedad crónica como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (incluyendo asma), enfermedad del riñón, enfermedad neurológica, enfermedad hepática, enfermedad metabólica (p. ej. diabetes), fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR), una condición inmunocomprometida, falta del bazo o que no funciona o un implante coclear? <i>Si contestó Sí, por favor describir: _____</i>	☐	☐

Doy mi consentimiento para que el paciente reciba la vacuna contra la gripe hoy.** **SÍ*** ☐ **NO** ☐

***Preferencia:** **Vacuna** ☐ **Intranasal (edad 2-49)** ☐ **No preferencia** ☐

****Dependiendo de la disponibilidad de vacunas, la cobertura del seguro y las pautas de los CDC, la enfermera tomará la determinación final sobre qué vacuna se le administrará al estudiante. Se tendrá en cuenta la preferencia de los padres.**

Doy mi consentimiento para que el paciente reciba la vacuna de Tdap hoy. **SÍ** ☐ **NO** ☐

La vacuna Tdap es **obligatoria antes del ingreso al grado 7**. Se recomienda que **todos reciban un dosis de refuerzo cada 10 años**.

Doy mi consentimiento para que el paciente reciba la vacuna contra el VPH. **SÍ** ☐ **NO** ☐

La vacuna contra el VPH es una serie de vacunas de 2 a 3 dosis recomendada entre los **9 y los 26 años**.

Doy mi consentimiento para que el paciente reciba la vacuna antimeningocócica. **SÍ** ☐ **NO** ☐

La vacuna meningocócica (ACWY) es **obligatoria antes del ingreso al grado 7 y se recomienda una segunda dosis entre los 16 y los 18 años**.

He leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración Informativa sobre la Vacuna para la persona que recibe la vacuna. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna me sea aplicada, o le sea aplicada 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.gov o con el código QR y he tenido la oportunidad de formular preguntas. El Departamento de Salud de Weber-Morgan obtiene estos datos con el fin de coordinar los servicios. Estamos comprometidos a proteger la privacidad de sus datos. Consulte <https://www.webermorganhealth.gov/about/personal-data-request-notice/>

Firma del Paciente: _____

*** El siguiente espacio es para uso exclusivo de la oficina ***

The Stock Used is: **Weber** ☐ **VFC** ☐ **Special Project** ☐

Date: _____

Vaccine Given:

☐ **Flu Mist** (2-49 yrs) _____ 0.2ml [90660]
☐ **Flu PFS** (≥ 6 mos) _____ 0.5ml [90656]
☐ **HD Flu/Flublok** (65 +) _____ 0.5ml [90662/90673]
☐ **Tdap** _____ 0.5ml [90715]
☐ **HPV** _____ 0.5ml [90651]
☐ **Menquadfi** _____ 0.5ml [90619]

Site:

Nasal
☐ L ☐ R Del/Thigh
☐ L ☐ R Del/Thigh
☐ L ☐ R Del/Thigh
☐ L ☐ R Del/Thigh

Nurse's Initials: _____

Notes: _____

2025 School Flu Clinic Calendar

OCTOBER 2025

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
SEPT 29	SEPT 30 9:00- North Park 9:00- Heritage 1:30- New Bridge	1 9:00- Shadow Valley 9:00- Lincoln 1:30- Odyssey 1:30- East Ridge	2 9:00- Hooper 9:00- Canyon View 1:00- Sand Ridge Jr 1:00- Roy High	3
6 9:00- Midland 9:00- Orchard Springs 1:30- Freedom	7 9:00- Lakeview 9:00- West Weber 1:00- No Ogden Jr 1:30- Valley View	8 9:00- Rocky Mt Jr 9:00- Haven Bay	9 9:00- Valley 9:00- H. Guy Child 1:00- Snowcrest Jr 1:00- Bonneville High	10
13 9:00- Burch Creek 9:00- Wash Terrace 1:00- Orion Jr 1:00- Wahlquist Jr	14 9:00- Roosevelt 9:00- Lomond View 1:00- Roy Jr	15 9:00- West Haven	16	17
20 9:00- Riverdale 9:00- Green Acres 1:30- Country View 1:30- Roy Elem	21 9:00- Two Rivers High 9:00- Bates 1:00- Mtn View Jr 1:30- Mt. Ogden Jr	22 9:00- Kanesville 1:30- Liberty	23 1:00- TH Bell Jr 1:30- Uintah	24
27 9:00- Plain City 9:00- Hillcrest	28 9:00- Municipal 9:00- Majestic 1:00- Weber High 1:30- Fremont High	29 9:00- Silver Ridge 9:00- So Ogden Jr 1:30-2:30- Weber Innovation High	30 9:00- Farr West 9:00- Pioneer 1:30- West Field High 2:30-4:00- WSD Office	31

NOVEMBER 2025

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
3	4 9:00- Good Foundations 9:00- Wasatch 1:30- Washington High 2:00- Ogden High	5 9:00- No Ogden Elem 2:30- Mound Fort Jr	6 9:00- Ben Lomond High 1:30- Polk	7
10	11 VETERAN'S DAY	12 9:00- Highland Jr	13	14