

2024-2025 Seasonal Vaccine Form

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: (marque con un círculo) Hombre Mujer	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre del contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia:		Relación con el paciente:	
Nombre de su compañía de seguro médico:	Número de Póliza:	Nombre del asegurado:	Teléfono del asegurado:	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente:		Dirección de la compañía de seguro:	
Compañía de seguro médico secundaria:	Número de póliza secundaria:	Nombre del asegurado:	Teléfono del asegurado:	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente:		Dirección de la compañía de seguro:	

A continuación están los precios de cada vacuna. En caso de que haya algún cargo, recibirá un estado de cuenta por parte del Departamento de Salud del Condado de Laramie sucesivo a la clínicas.

Autorice con sus iniciales	Vacuna	Seguro medico en red	Niños sin seguro médico (Donación)	Adultos sin seguro médico	Seguro médico fuera de red
	Flu Vaccine (Ages 6mon to 49) or uninsured	\$0	\$21.72	\$25	\$25
	Flu Vaccine (Ages 50-64)	\$0	N/A	99.14	\$99.14
	Flu Vaccine High Dose (Ages 65 and older)	\$0	N/A	\$99.14	\$99.14
	RSV (Arexvy) (Ages 60 and older)	\$0 (Medicare Part D Only)	N/A	\$359.12	\$359.12
	Covid-19 (Pfizer 2024-2025)	\$0	\$21.72	\$204.80	\$204.80

Seguros medicos en red: Aetna, First Choice Health, Blue Cross Blue Shield, United Healthcare, UMR, Great West/Cigna, WY Medicaid, and Medicare, Mountain Health Co-op.

Yo, _____ doy mi autorización para mí o a mi hija (o) (_____) para recibir la(s) vacuna(s) indicadas por el Departamento de Salud de Laramie County. Entiendo que las vacunas serán administradas únicamente si es necesario determinado mediante historial de vacunas, edad y respuestas del cuestionario de salud. Mi firma a continuación es mi autorización para compartir la información necesaria para procesar el pago a mi seguro médico. Adicionalmente, acepto cubrir cualquier gasto que no sea cubierto por mi seguro médico.

Aviso de Prácticas y Privacidad: Reconocimiento de recibo

El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad explica como el WDH puede usar o difundir la información de salud privada. No todas las situaciones puedes estar descritas, El WDH está obligado a proveer a sus clientes con la información acerca de las prácticas de privacidad, y como su información confidencial será almacenada y/o usada.

Yo, _____ (Nombre del cliente) he recibido una copia del WDH sobre el aviso de prácticas y privacidad y he tenido la oportunidad de leer y hacer las preguntas necesarias acerca de cómo mi información será usada,

(Firma)

(Fecha)

(Nombre del tutor o guardian)

(Relación con el paciente)

CHEYENNE LARAMIE COUNTY PUBLIC HEALTH OFFICIAL USE ONLY

Clinic Location:	Date and Time of Administration:		RN Signature:	
Flu Vaccine	Location of Injection (circle) RDT LDT		Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	
RSV	Location of Injection (circle) RDT LDT		Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	
COVID 19	Location of Injection (circle) RDT LDT		Stock Type (Circle) VFC/WyVIP Private	
				Place Sticker Here

Entered into WyIR: _____

Billed in CureMD: _____

Scanned in CureMD: _____