



Cumberland County Health Department
VACCINE REGISTRATION FORM (0-18 years of age)

PATIENT INFORMATION

Patient's First Name		Middle Name	Last Name	SSN			
Is this your legal name? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If not, what is your legal name?		(Former Name(s))	Birth Date MM/DD/YYYY / /	Age	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Race: <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander/Other <input type="checkbox"/> Native American/Alaska Native			<input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Hawaiian		<input type="checkbox"/> Caucasian or White <input type="checkbox"/> Unknown or Other		Ethnicity: Hispanic/Latino?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Current Address			City	State	ZIP Code		
Cell Phone No. ()		Home Phone No. ()		Preferred Language			
Where has the child previously received immunizations?							

GUARDIAN

Name of Guardian	Relationship to Patient	Phone No.	Additional Phone No. ()
DOB (MM/DD/YYYY)	SSN:	Address if different than patient	

BILLING

Primary Insurance Carrier

Insurance Co. Name _____ ID#: _____ Group# _____
 Policy Holder (Name): _____ Policy Holder's Birthdate: _____
 Patients relationship to policy holder (child, spouse, self) _____

Secondary Insurance Carrier

Insurance Co. Name _____ ID#: _____ Group# _____
 Policy Holder (Name): _____ Policy Holder's Birthdate: _____
 Patients relationship to policy holder (child, spouse, self) _____

By my signature below, I authorize the Cumberland County Health Department to bill any of the medical payers as indicated above and provide necessary information to process claims. I authorize payment of medical benefits to the Cumberland County Health Department for services rendered and I understand I will be responsible for payment of charged deemed "uncovered" by my health insurance.

All records of services rendered are considered confidential. This constitutes advance notice to you, the beneficiary, that if all program requirements are met by the Cumberland County Health Department and payment is not made by your Health Insurance, you may be responsible for the charges. You may also be responsible for charges if you fail to inform the Health Department of Insurance coverage in a timely manner. The undersigned has read the above authorization and understands the same. I certify that the information provided on this page is true and correct to the best of my knowledge. I acknowledge that I was offered a copy of the CCHD Privacy Policy dated 9-2016.

SIGNATURE _____

DATE _____

IMMUNIZATION SCREENING QUESTIONNAIRE

1. Is the child to be vaccinated currently sick or experiencing a high fever? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Does the child to be vaccinated have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? If yes, please list:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Does the child have a long-term health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, complement component deficiency, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Is he/she on long-term aspirin therapy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception (intestine issue)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8. Has the child to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome (neurological disorder)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problems? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. Does the child have a parent, brother, or sister with an immune system problem?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
13. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
14. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks? If yes, please list vaccines:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
15. Is the child to be vaccinated planning to travel out of the United States? If so, when and where?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
16. Did you bring the child's immunization record(s)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Reviewed by: _____

Date: _____

VACCINE CONSENT

I have been offered a copy of the Vaccine Information Statement(s) (VIS) checked below. I have read, had explained to me, and understand the information in the VIS(s). I ask that the vaccine(s) checked below be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request. I consent to inclusion of this immunization data in the North Carolina Immunization Registry for myself or behalf of the person named on this form.

- DTaP Polio/IPV DTaP/IPV (Combo) Hepatitis A MMR Gardasil 9 (HPV) Tdap
 Td Prevnar 13 DTaP/Hib/IPV (Pentacel) Hepatitis B (HepB) Varicella (V) Meningococcal Quad Influenza (flu)
 Hib Rotavirus DTaP/IPV/HepB (Pediatrix) PPSV23 MMR-V (Combo) Meningococcal B Typhoid

Signature of Patient or Legal Parent/Guardian: _____

Date: _____

NURSE DOCUMENTATION (FOR NURSE USE)

VACCINE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	MANUFACTURER, LOT #, EXPIRATION DATE
DTaP / Td / Tdap	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/IPV (Kinrix)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/HepB/IPV (Pediatrix)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/Hib/IPV (Pentacel)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hepatitis A	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hepatitis B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hib	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
HPV (Gardasil 9)	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
Fluzone 6 months+	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
MCV4/MPSV4 (Menveo/Menactra)	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
Meningococcal B	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
MMR	RT LT	Thigh	SC	Documented In NCIR	
MMRV (ProQuad)	RT LT	Upper Arm Thigh	SC	Documented In NCIR	
PCV13 (Prevnar 13)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Polio/IPV	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
PPV23	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Rotavirus (Rotarix/RotaTeq)	PO	By Mouth	Oral	Documented In NCIR	
Varicella	RT LT	Upper Arm Thigh	SC	Documented In NCIR	
Typhoid	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	

VACCINE ADMINISTRATOR

Signature: _____

Date: _____



Cumberland County Health Department

FORMULARIO DE REGISTRO DE VACUNAS (0-18 años de edad)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre Del Paciente	Segundo nombre de pila	Apellidos	NSS
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre previo(s))	Fecha de Nacimiento <small>MM/DD/AAAA</small> / / Edad Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico/Otro <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Caucásica o Blanca <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Desconocida u Otra		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección Actual		Ciudad	Estado Código Postal
Núm. de Celular ()	Núm. Telefono del Hogar ()	Idioma de Preferencia	

¿Dónde ha recibido el niño/a sus inmunizaciones previas?

GUARDIÁN

Nombre del Guardián	Relación con el Paciente	Núm. de Teléfono	Núm. de Teléfono Adicional ()
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	NSS:	Dirección si es diferente a la del paciente	

FACTURACIÓN

Proveedor de Seguros Primario

Nombre de Compañía de Seguros _____ #ID: _____ #de Grupo _____
 Tenedor de la Poliza (Nombre): _____ Fecha de Nacimiento del Tenedor de la Poliza: _____
 Relación del Paciente con el Tenedor de la Poliza (hijo/a, esposo/a, yo) _____

Proveedor de Seguros Secundario

Nombre de Compañía de Seguros _____ #ID: _____ #de Grupo _____
 Tenedor de la Poliza (Nombre): _____ Fecha de Nacimiento del Tenedor de la Poliza: _____
 Relación del Paciente con el Tenedor de la Poliza (hijo/a, esposo/a, yo) _____

Con mi firma a continuación, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Cumberland a facturar a cualquiera de los pagadores médicos como se indicó anteriormente y proporcionar la información necesaria para procesar los reclamos. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Cumberland por los servicios prestados y entiendo que seré responsable del pago de los cargos considerados "no cubiertos" por mi seguro de salud.

Todos los registros de los servicios prestados se consideran confidenciales. Esto constituye un aviso previo para usted, el beneficiario, de que si el Departamento de Salud cumple con todos los requisitos del programa y su Seguro de Salud no realiza el pago, usted puede ser responsable de los cargos. También puede ser responsable de los cargos si usted no informa al Departamento de Salud de la cobertura del seguro de manera oportuna. El abajo firmante ha leído la autorización anterior y entiende la misma. Certifico que la información proporcionada en esta página es verdadera y correcta según mi mejor entendimiento. Reconozco que me ofrecieron una copia de la Poliza de Privacidad de CCHD con fecha 9-2016.

FIRMA _____

FECHA _____

CUESTIONARIO DE CONTRAINDICACIONES PARA VACUNACIÓN

1. El niño/a que será vacunado ¿está actualmente enfermo o con una fiebre alta? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. El niño/a a ser vacunado ¿tiene alergias a medicinas, alimentos, componente de la vacuna, o látex? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido el/la niño/a una reacción grave a una vacuna en el pasado? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Tiene el/la niño/a un problema de salud a largo-plazo con los pulmones, corazón, riñones o enfermedad metabólica (ej: diabetes), asma, un trastorno de la sangre, sin bazo, deficiencia del componente del complemento, un implante coclear, una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está el/ella en terapia a largo-plazo de aspirina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Si el/la niño/a a ser vacunado tiene 2 a 4 años de edad, le ha dicho un proveedor de salud que el/la niño/a ha tenido sibilancia o asma en los pasados 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Si su niño/a es un bebé, alguna vez le han dicho que el/ella tiene invaginación intestinal (problema con el intestino)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha tenido el/la niño/a, hermano/a o padres una convulsión? ¿ha tenido el/la niño/a problema del cerebro u otros problemas del sistema nervioso? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha tenido alguna vez el/la niño/a a ser vacunado el síndrome de Guillain-Barré (trastorno neurológico)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Tiene el/la niño/a cancer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmune? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene el/la niño/a un padre, hermano o hermana con un problema del sistema inmune?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. En los pasados 3 meses, ¿ha tomado el/la niño/a medicamentos que le afectan el sistema inmune tales como prednisolona, otros esteroides o medicinas contra el cancer; medicinas para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. En el pasado año, ¿el/la niño/a ha recibido una transfusión de sangre o productos de la sangre, o se le ha dado inmunoglobulina (gama) o una medicina antiviral? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Está la niña/joven embarazada o hay la posibilidad que salga embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Ha recibido el/la niño/a vacunas en las pasadas 4 semanas? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Está planificando el/la niño/a ha ser vacunado/a en viajar fuera de los Estados Unidos? si es así, ¿cuándo y dónde?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Trajo usted el comprobante(s) de vacunas de su niño/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Review by: _____

Date: _____

Revisado 03/05/2020

CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE

Me han ofrecido una copia de la Declaración(es) de Información de la Vacuna(s) (VIS) marcadas abajo. He leído, se me ha explicado y entiendo la información en el VIS(s). Pido que me administren las vacunas marcadas abajo a mí o la persona nombrada en formulario por la cual yo estoy autorizado a solicitar. Doy mi permiso para la inclusión de estos datos de inmunización en el Registro de Inmunizaciones de Carolina del Norte para mí o en nombre de la persona nombrada en este formulario

- DTaP Polio/IPV DTaP/IPV (Combo) Hepatitis A MMR Gardasil 9 (HPV) Tdap
 Td Prevnar 13 DTaP/Hib/IPV (Pentacel) Hepatitis B (HepB) Varicella (V) Meningococcal Quad Influenza (flu)
 Hib Rotavirus DTaP/IPV/HepB (Pediatrix) PPSV23 MMR-V (Combo) Meningococcal B Typhoid

Firma del Paciente o Padre Legal/Guardián:

Fecha:

NURSE DOCUMENTATION (FOR NURSE USE)

VACCINE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	MANUFACTURER, LOT #, EXPIRATION DATE
DTaP / Td / Tdap	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/IPV (Kinrix)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/HepB/IPV (Pediatrix)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/Hib/IPV (Pentacel)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hepatitis A	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hepatitis B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hib	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
HPV (Gardasil 9)	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
Fluzone 6 months+	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
MCV4/MPSV4 (Menveo/Menactra)	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
Meningococcal B	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
MMR	RT LT	Thigh	SC	Documented In NCIR	
MMRV (ProQuad)	RT LT	Upper Arm Thigh	SC	Documented In NCIR	
PCV13 (Prevnar 13)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Polio/IPV	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
PPV23	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Rotavirus (Rotarix/RotaTeq)	PO	By Mouth	Oral	Documented In NCIR	
Varicella	RT LT	Upper Arm Thigh	SC	Documented In NCIR	
Typhoid	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	

VACCINE ADMINISTRATOR

Signature:

Date: