FAIRFAX COUNTY HEALTH DEPARTMENT – SERVICE SLIP

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____ **PIN:** _____

BELOW TO BE COMPLETED BY HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY: ☐ Private Insurance (see flow sheet)

☐ Client Pay/FAMIS **Guarantor 1** ☐ Medicaid **Guarantor 2** ☐ Anthem **Guarantor 13** ☐ IN total Health **Guarantor 15**

CPT Codes	Catch Up	Vaccine	ICD-10-CM Codes	ADM Fee	DECLINED	MFG	Lot #	Expiration Date	Dose/Route	SOI	V-S-C-A-P-E	VIS Date
90625		CHOLERA (Vaxchora)	Z41.8	☐	☐				100 ml/PO			
90700		DTAP	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90696		DTAP-IPV	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90636		HEP A/HEP B (Twinrix)	Z23	☐	☐				1.0 / IM			
90632		HEP A - Adult	Z23	☐	☐				1.0 / IM			
90633		HEP A - (Child 1 thru 18)	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90746		HEP B – Adult	Z23	☐	☐				1.0 / IM			
90744		HEP B – (Child 0 thru 19)	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90739		HEPLISAV-B	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90647		HIB (Ped Vax)	Z23	☐	☐				0.5 /IM			
90648		HIB (ActHIB)	Z23	☐	☐				0.5 /IM			
90651		HPV 9	Z23	☐	☐				0.5 /IM			
90281		IMMUNE GLOBULIN	Z41.8	☐	☐				/ IM			
90738		JAPANESE ENCEPHALITIS	Z23	☐	☐				/ IM			
90707		MMR	Z23	☐	☐				0.5 / SQ			
90710		MMRV (12 mos. thru 12 yrs.)	Z23	☐	☐				0.5 / SQ			
90620		MENINGOCOCCAL B	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90734		MENINGOCOCCAL CONG	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90723		PEDIARIX (HEPB/DTAP/IPV)	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90698		PENTACEL (DTAP/IPV/Hib)	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90670		PNEUMOCOCCAL (Conjugate)	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90732		PNEUMOCOCCAL (Polysaccharide)	Z23	☐	☐				0.5 /SQ			
90713		POLIO	Z23	☐	☐				0.5 /SQ			
90675		RABIES	Z23	☐	☐				1.0 /IM			
90681		ROTAVIRUS (Rotarix)	Z23	☐	☐				1.0 / PO			
90714		TD	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
90715		TDAP 2nd TRI 3nd TRI Z34.92 Z34.93	Z23	☐	☐				0.5 /IM			
90691		TYPHOID INJECTABLE	Z23	☐	☐				0.5 /IM			
90690		TYPHOID – ORAL	Z23	☐	☐				/ PO			
90716		VARICELLA	Z23	☐	☐				0.5 / SQ			
90717		YELLOW FEVER	Z23	☐	☐				0.5 / SQ			
90750		ZOSTER	Z23	☐	☐				0.5 / IM			
86580		TST GIVEN	Z11.1	☐	☐			**TYPE: INITIAL / REPEAT / BOOSTER**		**TIME PLANTED:** _____		
87389		4th Gen HIV 1,2 AG/AB w/reflx	Z11.4									

PROVIDER'S SIGNATURE: _____ ***DATE:*** _____
(Name/Number)

INTERPRETER: _____ ***DATE:*** _____
(Name/Number)

☐ **TST READ:** _____**MM DATE:** _____ ☐ **QFT** **OUTCOME:** ☐ ***Positive*** ☐ ***Negative*** ☐ ***Unreadable*** ☐ ***Indeterminate*** ☐ ***No Return***

PROVIDER'S SIGNATURE: _____ ***DATE:*** _____
(Name/Number)

INTERPRETER: _____ *DATE:* _____
(Name/Number

FAIRFAX COUNTY HEALTH DEPARTMENT – SERVICE SLIP

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____ **PIN:** _____

RETENCIÓN DE REGISTROS

Entiendo que los expedientes médicos se conservarán durante cinco años después del evento. En el caso de un menor de edad se mantendrá el registro 21 años después de su nacimiento.

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA RECIBIR ATENCIÓN PRIMARIA GENERAL

Por este medio autorizo a los médicos, enfermeros, enfermeros practicantes (Nurse Practitioners –NP) y a otros médicos proveedores de salud del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) a examinar o realizar tratamientos a mi persona y/o a la persona a mi cargo, según se indica más arriba.

DOCUMENTACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Confirmo haber recibido el aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD).

NOTIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO PARA ANÁLISIS DE VIH, HEPATITIS B O HEPATITIS C

El artículo 32.1-45 del Código de Virginia (1950) y sus enmiendas obligan al Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) a notificarle lo siguiente:

Si algún profesional en atención médica, trabajador o empleado del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) fuese expuesto directamente a su sangre o fluidos corporales de forma que se pudiera transmitir alguna enfermedad, se analizará su sangre para detectar si está infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), o por los virus de hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informarán el resultado de la prueba. En virtud del artículo 32.1-45.1(A) del Código de Virginia, se considera que usted ha otorgado su consentimiento para divulgar los resultados de la prueba a la persona expuesta.

Si usted resultara expuesto a la sangre o fluidos corporales de algún profesional en atención médica, trabajador o empleado del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) directamente, de forma que se pudiera transmitir alguna enfermedad, se analizará la sangre de dicha persona para detectar si está infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), o por los virus de hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informarán el resultado de la prueba.

EXAMEN DE VIH

Si se realiza el examen de VIH, se le informará con anterioridad, se le brindará información acerca del examen y se le permitirá que se rehúse a someterse al examen. Todos los resultados se mantendrán en carácter de confidencialidad, con la excepción de las acciones permitidas por la ley.

Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente mientras la persona a mi cargo o yo estemos recibiendo el cuidado de parte del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) o hasta que yo lo retire.

_____ _____

Firma del cliente, padre o madre/tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres. Fecha de la firma

Gobierno de Virginia
Agencia de Certificacion de Registro de Votante

Si usted esta registrado para votar en su dirección actual, le gustaria registrarse para votar aqui hoy? (Por favor marque solo una)

□ Yo estoy registrado para votar en mi actual dirección, or No soy elegible para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar
□ Si, me gustaria registrarme para votar, (por favor llene la solicitud de registro de votante)
□ No, Yo no quiero registrarme para votar

_____ _____ _____

Nombre Firma Fecha

PERMISO PARA COMPARTIR EL HISTORIAL DE VACUNAS DE ESTUDIANTES EN EDAD ESCOLAR

Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Fairfax a difundir el registro de vacunas de mi hijo a los sistemas escolares con el propósito expresado de cumplir con los requisitos de ingreso escolar.

_____ _____

Firma del cliente padre o madre/tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres Fecha de la firma

BELOW TO BE COMPLETED BY HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY:

84030	HEMOGLOBIN	90471	ADMIN FEE- INITIAL	99403	INT CONSULTATION FEE (MD)	86706	HEP B
86706	HEPATITIS B SCREENING	90472	ADMIN FEE-ADDITIONAL	99402	INT CONSULTATION FEE (RN)	86735	MMR
87389	HIV TESTING	MEDFORM	COMPLETION OF FORMS FOR COLLEGE ENTRY	MRX	MALARIA RX	86790	RABIES
83655	LEAD SCREENING	PAGE	COPYING CHARGE (1ST 50 PAGES)	LDMRFEE	MEDICAL RECORDS SEARCH & HANDLING FEE	86787	VARICELLA
81025	PREGNANCY TEST FP/MAT	PAGE50	COPYING CHARGE (AFTER 50 PAGES)	S0250	NURSING HOME SCREEN		OTHER:
86480	QUANTIFERON (IGRA) (circle) L or R	COU	COUNSELING (circle) STD IMM TB	99211	OFFICE VISIT		
86592	SYPHILIS TESTING	DDW	DD WAIVER	ODOT	OFFICE DIRECTLY OBSERVED THERAPY (circle) LTBI TBIII		
87491	CHLAMYDIA/GONORRHEAL (URINE)	HSI	HOMELESS SHELTER INITIAL	VDOT	VIDEO DIRECTLY OBSERVED THERAPY (circle) LTBI TBIII		
ZIKA	ZIKA LAB TEST	HSR	HOMELESS SHELTER RETURN	PHA	PH ASSESSMENT		
		IDC	INFANT DEVELOPMENT	RSO	RISK SCREEN		
		MEDPU	MEDICATION PICK UP				