Fairfax County Health Department-Service Slip

Nombre Del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____/_____/_____ **MRN:** _____

Below to be completed by Health Department Staff:	☐ **Self-Pay**	☐ **Private Insurance (flow sheet)**	☐ **Uninsured**	☐ **Medicaid**
☐ **Sentara** ☐ **Aetna Better Health**	☐ **Molina**	☐ **Anthem Healthkeepers**	☐ **Kaiser**	☐ **United Healthcare**

CPT Code	Vaccine	ADM Fee	Declined	Dose #	MFG	Lot #	Expiration Date	Dose/ Route	SOI	V-S-C-A	VIS Date
90593	CHIKUNGUNYA	☐	☐					0.5/ IM			
90625	CHOLERA (Vaxchora)	☐	☐					100 ml/PO			
91318	COVID PFIZER BABY 3 MCG	☐	☐					0.3/ IM			
91319	COVID PFIZER PEDS 10 MCG	☐	☐					0.3/IM			
91320	COVID PFIZER 30 MCG	☐	☐					0.3/ IM			
90700	DTAP	☐	☐					0.5 / IM			
90696	DTAP-IPV (Kinrix)	☐	☐					0.5 / IM			
90697	DTAP-HEP B-HIB-IPV (VAXELIS)	☐	☐					0.5 / IM			
90636	HEP A/HEP B (Twinrix)	☐	☐					1.0 / IM			
90632	HEP A - Adult	☐	☐					1.0 / IM			
90633	HEP A - (Child 1 thru 18)	☐	☐					0.5 / IM			
90746	HEP B – Adult	☐	☐					1.0 / IM			
90744	HEP B – (Child 0 thru 19)	☐	☐					0.5 / IM			
90739	HEPLISAV-B	☐	☐					0.5 / IM			
90647	HIB (Ped Vax)	☐	☐					0.5 /IM			
90648	HIB (ActHIB)	☐	☐					0.5 /IM			
90651	HPV 9 (Gardasil)	☐	☐					0.5 /IM			
90281	IMMUNE GLOBULIN	☐	☐					/ IM			
90738	JAPANESE ENCEPHALITIS	☐	☐					/ IM			
90707	MMR	☐	☐					0.5 / SQ			
90710	MMRV (12 mos. thru 12 yrs.)	☐	☐					0.5 / SQ			
90620	MENINGOCOCCAL B	☐	☐					0.5 / IM			
90734	MENINGOCOCCAL CONG ACWY	☐	☐					0.5 / IM			
90623	MENINGOCOCCAL ACWYB (PENBRAYA)	☐	☐					0.5 / IM			
90611	MPOX (Jynneos)	☐	☐					0.1/0.5 ID/SQ			
90723	PEDIARIX (HEPB/DTAP/IPV)	☐	☐					0.5 / IM			
90698	PENTACEL (DTAP/IPV/Hib)	☐	☐					0.5 / IM			
90671	PNEUMOCOCCAL CONJ 15 (Vaxneuvance)	☐	☐					0.5 / IM			
90677	PNEUMOCOCCAL (Conjugate) 20	☐	☐					0.5 / IM			
90732	PNEUMOCOCCAL(Polysaccharide) 23	☐	☐					0.5 /SQ			
90713	POLIO	☐	☐					0.5 /SQ			
90675	RABIES	☐	☐					1.0 /IM			
90681	ROTAVIRUS (Rotarix)	☐	☐					1.0 / PO			
90679	RSV (AREXVY- ADULTS)	☐	☐					0.5/ IM			
90380	RSV (BEYFORTUS 50 MG)	☐	☐					0.5/ IM			
90381	RSV (BEYFORTUS 100 MG)	☐	☐					1.0 / IM			
90714	TD	☐	☐					0.5 / IM			
90715	TDAP 2nd TRI 3rd TRI Z34.92 Z34.93	☐	☐					0.5 /IM			
90691	TYPHOID INJECTABLE	☐	☐					0.5 /IM			
90690	TYPHOID – ORAL	☐	☐					/ PO			
90716	VARICELLA	☐	☐					0.5 / SQ			
90717	YELLOW FEVER	☐	☐					0.5 / SQ			
90750	ZOSTER	☐	☐					0.5 / IM			
86580	TST GIVEN	☐	☐					**TYPE: INITIAL / REPEAT / BOOSTER** **TIME PLANTED:** _____			

Fairfax County Health Department-Service Slip

RETENCIÓN DE REGISTROS

Entiendo que los expedientes médicos se conservarán durante diez años después del evento. En el caso de ser menor de edad el registro se conservará 28 años después de su nacimiento.años.

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

_____ _____

Relación (si la firma no es del paciente) — Firma de la persona que obtiene el consentimiento

GOBIERNO DE VIRGINIA
AGENCIA DE CERTIFICACION DE REGISTRO DE VOTANTE

Si usted no 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 de la firma

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

NO HAY IDENTIFICACIÓN CON FOTO DISPONIBLE (Solo requerido si no hay ID de foto)

No puedo proporcionar una identificatión con foto en este momento.

_____ _____

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:

CODE	LABORATORY	CODE	OTHER SERVICES	CODE	TITERS	
84030	HEMOGLOBIN	90471	ADMIN FEE- INITIAL	86706	HEP B	
86706	HEPATITIS B SCREENING	90472	ADMIN FEE-ADDITIONAL	86735	MMR	
87389	HIV TESTING	MEDFORM	COMPLETION OF FORMS FOR COLLEGE ENTRY	86790	RABIES	
83655	LEAD SCREENING	PAGE	COPYING CHARGE (1ST 50 PGS)	86787	VARICELLA	
81025	PREGNANCY TEST	PAGE50	COPYING CHARGE (AFTER 50 PAGES)	86803	HCV	
86480	QUANTIFERON (IGRA) (circle) L or R	LDMRFEE	MEDICAL RECORDS SEARCH & HANDLING FEE	OTHER:		
86592	SYPHILIS TESTING	99403	INT CONSULTATION FEE (MD)			
87491	CHLAMYDIA/GONORRHEAL (URINE)	99402	INT CONSULTATION FEE (RN)			
87389	4th Gen HIV 1,2 AG/AB w/reflx	99211	OFFICE VISIT			
		3510F	RISK SCREEN ONLY			
			PRENATAL VITAMINS EXP DATE:		LOT #:	