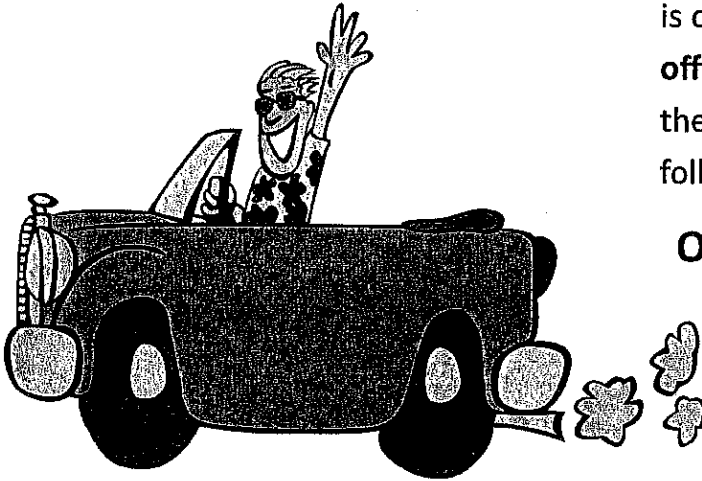


North Central District Health

Department is offering

Drive Through Flu Shots!

Due to Covid-19, it is more important than ever to do your part and get your flu shot this year! NCDHD is offering Drive Through Flu Shots **behind our office: 422 E. Douglas St in O'Neill**, please follow the signs and enter the alley on the East side. The following is the schedule for public clinics:



October 15, 2020: 7:30 am to 9:30 am

October 21, 2020: 8 am to 5 pm

October 27, 2020: 4 pm to 6 pm

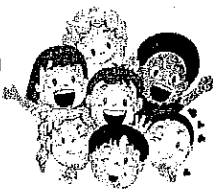
October 29, 2020: 7:30 to 9:30 am

Everyone over 6 months of age is welcome

High Dose vaccine available for those over 65

Save some time, fill out your screening on the back of this
form or go online: Ncdhd.ne.gov

**VAX 4
LIFE**



A STEP IN THE DIRECTION OF BETTER HEALTH

NORTH CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT
422 E. DOUGLAS STREET, O'NEILL, NE 68763
MON-FRI 8:00 AM - 4:30 PM 402-336-2406



NCDHD accepts most insurance, Medicare and NE Medicaid. Please bring a copy of your insurance card with you. We are an approved provider for Vaccines for Children (VFC) and Adult Immunization Program (AIP), which offers free to low cost vaccinations for those without insurance or whose insurance does not cover vaccines.



Vaccination Consent Form
Influenza

NORTH CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT
422 E. DOUGLAS STREET, O'NEILL, NE 68763
MON-FRI 8:00 AM - 4:30 PM 402-338-2408



LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE NAME	MAIDEN NAME
AGE	BIRTHDATE	GENDER <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE		MOTHER'S MAIDEN NAME (First & Last)*	
STREET ADDRESS			MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT)		
CITY	STATE	ZIP	PHONE # () -		*Used to verify recipient in NESIIS

- 1 Do you have allergies to medications, gelatin, yeast, eggs, latex or any vaccine? YES NO
- 2 Are you sick today? YES NO
- 3 Have you ever had a serious reaction to a vaccine in the past? YES NO
- 4 Have you ever had Guillian-Barre syndrome? YES NO
- 5 Have you ever had a seizure or a neurological problem? YES NO
- 6 For Children under 8, have you recived a flu shot in the past? NA YES NO

INSURANCE QUESTIONS

- Private Insurance-Vaccine Covered Private Insurance-Vaccines NOT covered No Insurance
 Heritage Health/Medicaid American Indian/Alaska Native

Insurance Company:

If submitting to insurance, who is the primary policy holder? Name as it appears on the card:

Relationship to policyholder:	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other	Policy/Member #:	
		Payer ID:	Group #:

Fill out the shaded areas if the *Recipient is NOT the policyholder.*

Policyholder's Mailing Address:	City:	State:	Zip:
Policyholder's Birthdate:	Policyholder Gender: M F	Policyholder's Phone Number:	

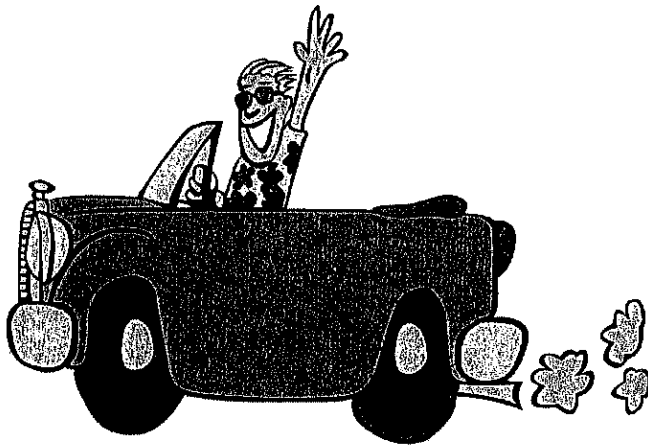
You must have a copy of your insurance card, both front and back, with you. You may also email a picture or copy of your card to healthbilling@ncdhd.ne.gov prior to your appointment. Please include contact information and name of person(s) recieving vaccine!

WE REQUEST THAT YOU STAY ON SITE FOR 10 MINUTES AFTER RECEIVING YOUR VACCINATION(S). IF YOU CHOOSE TO LEAVE, YOU ASSUME ALL RESPONSIBILITY/LIABILITY FOR ANY ADVERSE EVENT. THANK YOU.

North Central District Health Department en colaboración con Plainview Public Schools está ofreciendo

¡Maneje las vacunas contra la gripe!

¡Debido al Covid-19, es más importante que nunca hacer su parte y vacunarse contra la gripe este año! NCDHD ofrece Drive Through Flu Shots detrás de nuestra oficina: 422 E. Douglas St en O'Neill, siga las señales y entre en el callejón del lado este. El siguiente es el cronograma de las clínicas públicas:



15 de octubre de 2020: 7:30 am a 9:30 am

21 de octubre de 2020: 8 am a 5 pm

27 de octubre de 2020: 4 pm a 6 pm

29 de octubre de 2020: 7:30 am a 9:30 am

Todos los mayores de 6 meses son bienvenidos.

Vacuna de dosis alta disponible para mayores de 65 años

Ahorre algo de tiempo, complete su evaluación en el reverso de este formulario o conéctese en línea: Ncdhd.ne.gov



NORTH CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT
422 E. DOUGLAS STREET, O'NEILL, NE 68763
MON-FRI 8:00 AM - 4:30 PM 402-336-2406



NCDHD acepta la mayoría de los seguros, Medicare y NE Medicaid. Traiga una copia de su tarjeta de seguro. Somos un proveedor aprobado para Vacunas para Niños (VFC) y Programa de Inmunización para Adultos (AIP), que ofrece vacunas gratuitas o de bajo costo para quienes no tienen seguro o cuyo seguro no cubre las vacunas.

VAX 4 LIFE



A STEP IN THE DIRECTION OF BETTER HEALTH

Formulario de consentimiento de vacunación Vacunas de Influenza

NORTH CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT
422 E. DOUGLAS STREET, O'NEILL, NE 68703
MON-FRI 8:00 AM - 4:30 PM 402-338-2408



APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		NOMBRE DE SOLTERA	
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	Género <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULIN		NOMBRE DE SOLTERA (Nombre y apellido):			
DIRECCIÓN				DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE)			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO () -				

1 ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	4 ¿Ha tenido una convulsión o un problema neurológico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2 ¿Usted tiene alergias a medicamentos, gelatina, levadura, huevos, látex o cualquier vacuna?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	5 ¿Alguna vez ha tenido síndrome de Guillian-Barre?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3 ¿Alguna vez ha tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	6 Para niños de 8 años y menores: ¿Es la primera vez que recibe una vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

PREGUNTAS DEL SEGURO

- seguro privado (paga por vacunas)
 seguro privado (no cubre vacunas)
 Heritage Health/Medicaid
 Compañía de seguros
 Americano Indio/Alaska Nativo
 No tengo seguro

Si se presenta al seguro, ¿quién es el titular principal de la póliza? Nombre como aparece en la tarjeta: _____

Número de miembro/política: _____

Identificación del pagador: _____

Grupo #: _____

Complete las áreas sombreadas si el Beneficiario NO es el titular de la póliza.

Dirección postal del asegurado		Sexo del asegurado: M F	Fecha de nacimiento del asegurado:
Ciudad	Estado	Código Postal	Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro
			Número de teléfono del asegurado: () -

Por favor traiga la tarjeta de seguro o una copia de la tarjeta de seguro con usted. También puede enviar una foto o una copia de su tarjeta a healthbilling@ncdhd.ne.gov antes de recibir su vacuna si lo prefiere. ¡Incluya la información de contacto y el nombre de la persona que recibe la vacuna!

PEDIMOS QUE TE QUEDES EN EL SITIO DURANTE 10 MINUTOS DESPUÉS DE RECIBIR SU VACUNACIÓN(S). SI USTED DECIDE DEJAR, USTED ASUME TODA RESPONSABILIDAD/RESPONSABILIDAD PARA CUALQUIER EVENTO ADVERSO. Gracias.