

Flu Vaccine Consent Form

Patient Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/____
Last Name First Name MI

Age: _____ **Gender:** Male Female

Address: _____ **Apt. No.:** _____

City: _____ **County:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Primary Phone: _____ **Primary Care Provider's Name:** _____

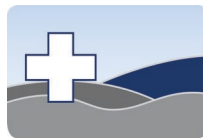
| | Yes | No |
|---|-----|----|
| 1. Is the patient sick or running a fever today? | | |
| 2. Does the patient have allergies to eggs or neomycin? | | |
| 3. Has the patient ever had a serious reaction after receiving a vaccine? | | |
| 4. Has the patient been diagnosed with Guillain-Barre' syndrome? | | |
| 5. Has the patient received any other vaccination in the past four weeks? | | |
| 6. Does the patient live with or expect to have close contact with a person(s) whose immune system(s) is/are severely compromised and who must be in a protective environment (like a hospital room with reverse air flow)? | | |
| 7. Is the patient pregnant or could become pregnant within the next month? | | |
| 8. Does the patient have a weakened immune system because of HIV/AIDS or another disease that affects the immune system, long-term treatment with drugs such as steroids, or cancer treatment with X-rays or drugs? | | |
| 9. Does the patient have a long-term health problem with heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (like diabetes), anemia, or other blood disorders? | | |
| | | |

I have read or been offered the "Influenza Vaccine Information Statement." I give permission to have the following vaccination done and billed to my insurance company under the direction of Flint Hills Community Health Center and authorization to release this record to the doctor listed above.

Signature of Patient or Parent/Guardian: _____ **Date:** ____/____/____
Month Day Year

INTERNAL USE ONLY

| | |
|--|--|
| Ext.: RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RVL <input type="checkbox"/> LVL <input type="checkbox"/> Route: IM <input type="checkbox"/> VIS Date: _____ | |
| Manufacturer/Lot Number/Expiration Date | EXP: 06/30/2020 |
| Provider Signature and Date | |
| Insurance Company, Claims Address and Phone # | |
| Insurance ID and Group Number | |
| Insurance Subscriber Name, DOB and SSN | |
| Is this child VFC eligible? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Cash: \$ _____ Check: # _____ Medicare: _____ Medicaid: _____ Insurance: _____ | |



Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____ # de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono Primario: _____ Nombre de Proveedor Primario de Cuidado Médico: _____

| | Si | No |
|--|----|----|
| 1. ¿El paciente esta enfermo/a hoy día? | | |
| 2. ¿Tiene el paciente alergia a huevos o neomicina? | | |
| 3. ¿El paciente ha tenido una reacción grave después de recibir alguna vacuna? | | |
| 4. ¿El paciente ha sido diagnosticado/a con la síndrome de Guillain-Barré? | | |
| 5. ¿El paciente ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? | | |
| 6. ¿El paciente vive, o espera tener contacto cercano con una persona (s) cuyo sistema (s) inmune está / están en peligro gravemente afectado y que debe estar en un entorno de protección (como una habitación de hospital con flujo de aire a la inversa)? | | |
| 7. ¿El paciente está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes? | | |
| 8. ¿El paciente tiene un sistema inmunitario debilitado a causa del VIH / SIDA u otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, el tratamiento a largo plazo con medicamentos como los esteroides, o el cáncer tratamiento con rayos X o las drogas? | | |
| 9. ¿El paciente tiene un problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (como la diabetes), anemia u otros trastornos sanguíneos? | | |

Yo he leído o me han ofrecido "Información Sobre el Consentimiento de la Vacuna para la Influenza." Yo doy permiso a que me apliquen la siguiente vacuna y a cobrar bajo la administración de Flint Hills Community Health Center yo doy la autorización de dar esta información al doctor arriba mencionado.

Firma de Paciente/Persona Responsable: _____ Fecha: ____/____/____
Mes Día Año

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

| | | | |
|---|--|--|-----------------|
| Ext.: RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RVL <input type="checkbox"/> LVL <input type="checkbox"/> | | Route: IM <input type="checkbox"/> | VIS Date: _____ |
| Manufacturer/Lot Number/Expiration Date | | EXP: 06/30/2020 | |
| Provider Signature and Date | | | |
| Insurance Company, Claims Address and Phone # | | | |
| Insurance ID and Group Number | | | |
| Insurance Subscriber Name, DOB and SSN | | | |
| Is this child VFC eligible? | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Cash: \$ _____ Check: # _____ Medicare: _____ Medicaid: _____ Insurance: _____ | | | |