

INFLUENZA (IIV/RIV) VACCINE CONSENT FORM AND ADMINISTRATION RECORD 2018-2019

WyVIP/VFC Eligibility (Please Circle what applies:) Medicaid Uninsured Underinsured Insured Native/Alaskan American WY Resident Non-Resident

INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUIEN RECIBIRA LA VACUNA

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Hombre o Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Doctor: _____

<u>Age Group</u>	<u>Dosage Schedule</u>
9 Years and older	0.5ML: One dose
3-8 Years	0.5 ML: One dose*
6 Months - 35 Months	0.25 ML: One dose*†
* For children younger than 9 years of age, refer to the 2018 ACIP Recommendations to determine the need for one or two doses. If two doses are needed, separate the doses by at least 4 weeks.	
† Dosage for age may vary by brand of vaccine. See package insert.	

1. ¿Ha recibido la vacuna de gripe antes? _____ No ___ Sí
2. ¿Ha tenido problemas con las vacunas de gripe anteriores? _____ No ___ Sí
3. ¿Está enferma/o hoy? _____ No ___ Sí
4. ¿Tiene alergias de huevos o Thimerosal Mercury? (un conservante de medicinas) _____ No ___ Sí
5. ¿Tiene un historia de síndrome de Guillan-Barre? (un problema neurológico) _____ No ___ Sí
6. ¿Si tiene menos de 9 años de edad, a recibido la vacuna de gripe antes? _____ No ___ Sí
7. ¿Si tiene mas que 65 años, ha recibido la vacuna de neumonía? ___ No ___ Si Que año? PPSV23 ___ PCV13 ___

He leído o me han explicado la declaración de información del gripe y la vacuna contra el gripe. He tenido la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas apropiadas. Yo pienso que yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra el gripe y pido que me de la vacuna o a la persona notada arriba de la que yo tengo autorización para hacer esta petición (padre o guardián). Si califico, les doy mi autorización para cobrar mi seguridad o a Medicaid o Medicare para esta vacuna. He recibido y he leído el aviso sobre Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Wyoming y he tenido una oportunidad para hacer preguntas sobre como se usara mi información.

➔ Nombre del padre/tutor legal, si es diferente al cliente: _____

✗ Firma del cliente/padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

INFORMACION de FACTURA:

Medicare# _____ Medicaid# _____

Other Pay Source: _____ PAID BY: CASH _____ CHECK # _____

Insurance Information

Primary Carrier Insurance Company			Employer of Policy Holder	
Insurance Carrier Mailing Address	City	State/Zip	Policy Holder DOB:	Policy Holder's Sex:
Policy Holder's Name			Policy #	Group #

FOR CLINIC USE ONLY

CLINIC SITE: **UINTA COUNTY PUBLIC HEALTH** VIS DATE: AUGUST 7, 2015

DATE VACCINE ADMINISTERED: _____ BOOSTER REQUIRED? NO YES --DATE: _____

VACCINE MANUFACTURER & LOT NUMBER: _____

SITE OF IM INJECTION: RDT OR LDT RLT OR LLT DOSE: 0.5ML 0.25ML

SIGNATURE AND TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR: _____

NURSE'S COMMENTS: _____ FORM REVIEWED BY: _____