FLU CONSENT FORM

***** The FLUMIST is NOT available in the United States this season. PCHD will be offering the Quadrivalent Flu injection.*****

PATIENT INFORMATION

First Name:	MI	Last Name:

Date of Birth:	Age:	Gender:	Name of School:	Grade:
M M / D D / Y Y Y Y		Male / Female		

Patient Race:	White	African American	Amer. Indian/ Native American	Hispanic	Alaskan Native	Asian	Other:

Address:	City:

Cell/Emergency Contact Phone #: ( ) –

State: Zip Code:

CONTACT INFORMATION & PARENT/GUARDIAN INFORMATION

First Name:	Last Name:	Relationship:

REQUIRED INSURANCE INFORMATION (*MUST* check an appropriate box)

NON- PRIVATE			Underinsured: * insurance coverage but does not cover vaccines * insurance only covers select vaccines * insurance caps vaccine coverage	PRIVATE INSURANCE						
NO INSURANCE	Medicaid: Amerigroup Cooks	AETNA-Medicaid		Aetna	BCBS	CIGNA	Humana	Medicare	Tri-Care	UHC

Cardholder□s First Name:	Cardholder□s Last Name:	Cardholder□s Date of Birth:
		M M / D D / Y Y Y Y

Contract ID:(please include pre□x, if any)	Group #:

VACCINATION & HEALTH-RELATED QUESTIONS

1	Is the person to be vaccinated sick today?	YES	NO
2	Has this patient ever had a severe or life threatening allergic reaction to the flu vaccine?	YES	NO
3	Does this patient have an allergy to eggs or to a component of the vaccine?	YES	NO
4	Has this patient ever had Guillain-Barre syndrome?	YES	NO
5	Is this patient pregnant or nursing? ** If you are pregnant a note from your doctor is required to receive the flu vaccine	YES	NO

Authorization for the Administration of the Influenza Vaccine

I am providing this consent form to Parker County Hospital District in order that I may be given the influenza vaccination. I have read and understand the information I have received concerning the possible benefits and side effects of the influenza vaccinations. I hereby acknowledge that based on the information presented to me, I am eligible to receive the influenza vaccine on this date. I am feeling well today and I have not recently had fever. I understand that no assurance can be given that the influenza vaccination will give me immunity from contracting any strain of influenza. I hereby acknowledge that I have received a copy of the Vaccine Information Sheet on the 2016-2017 Influenza Vaccine. I release Parker County Hospital District, its employees, representatives and agents from any liability for giving me the influenza vaccination. I accept responsibility for seeking medical attention for any problems associated with my receiving the vaccine. I have had the opportunity to have all my questions answered. I understand that this consent is valid for 6 months and I will make PCHD/school aware of any changes prior to being vaccinated.

Signature of Patient/ Parent or Guardian _____ **Date**

Staff Signature _____ **Date** _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Location: _____ Date: / /

Vaccine Lot: _____ Exp. Date: / /

Administered by: _____ Location: RA LA 0.5ml

VIS IIV 8-07-2015

Parker County Hospital District Outreach Program
1130 Pecan Street
Weatherford, Texas 76086
817-458-3254 www.parkercountyhd.org

FLU Formulario de Consentimiento

*** El FluMist no está disponible en los Estados Unidos esta temporada. PCHD estará ofreciendo la inyección tetravalente contra la gripe. ***

Información del paciente

Primer nombre:	MI	Apellido nombre:

Fecha de nacimiento:	Años:	Genero:	Nombre de escuela:	Grado:
M M / D D / Y Y Y Y		Male / Female		

Paciente Carrera:	Blanco	Afroamericanos	Amer. Indian/ Native American	Hispanic	Alaskan Nativo	Asiático	Otro:

Dirección:	Ciudad:

Celular o Contacto de emergencia Número: ( ) -

Estado:	Código postal:

Los padres o Guardian Informacion

Primer nombre:	Apellido nombre:	Relación:

Informacion de seguro requerida (Debe marcar la casilla apropiada)

NON- PRIVATE			Seguro insuficiente:	PRIVATE SEGURO						
SIN SEGURO	Medicaid: Amerigroup Cooks	AETNA- Medicaid	* cobertura de seguro, pero no cubre la vacuna * seguro sólo cubre seleccione vacunas * seguro de tapas cobertura de la vacuna	Aetna	BCBS	CIGNA	Humana	Medicare	Tri-Care	UHC

Los titulares de tarjetas Nombre:	Los titulares de tarjetas Apellido:	Los titulares de tarjetas fecha de nacimiento:
		M M / D D / Y Y

ID de miembro:(please include prefix, if any)		Número de grupo:	

Salud y vacunacion, en cuestiones relacionadas

1	Está la persona que recibirá la vacuna enfermo hoy??	Sí	NO
2	Este paciente ha tenido una vida severa o reacción alérgica grave a la vacuna contra la gripe??	Sí	NO
3	Este paciente tiene una alergia a los huevos oa algún componente de la vacuna?	Sí	NO
4	Este paciente ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	Sí	NO
5	Este paciente embarazada o amamantando? ** Si está embarazada, se requiere una nota de su médico para recibir la vacuna contra la gripe.	Sí	NO

Autorización para la administración de la vacuna contra la Influenza

Estoy proporcionando este formulario de consentimiento a Parker County Hospital District, a fin de que se le pueda dar la vacunación contra la influenza. He leído y comprendido la información que he recibido en relación con los posibles beneficios y efectos secundarios de las vacunas contra la influenza. Por la presente reconozco que en base a la información presentada a mí, yo soy elegible para recibir la vacuna contra la influenza en esta fecha. Me siento bien hoy y yo hace poco no he tenido fiebre. Yo entiendo que no se puede asegurar que la vacunación contra la gripe me dará la inmunidad de contraer cualquier tipo de influenza. Por la presente reconozco que he recibido una copia de la hoja de información sobre la vacuna de la vacuna contra la influenza 2016-2017. Libero Parker County Hospital District, sus empleados, representantes y agentes de toda responsabilidad por darme la vacunación contra la influenza. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema relacionado con mi recibir la vacuna. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas contestadas. Yo entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y haré PCHD / escuela tanto de cualquier cambio antes de ser vacunados.

Siganture del paciente / padre o tutor _____ Date _____

Staff Signature _____ Date _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Location: _____ Date: / /

Vaccine Lot: _____ Exp. Date: / /

Administered by: _____ Location: RA LA 0.5ml

VIS IIV 8-07-2015

Parker County Hospital District Outreach Program
1130 Pecan Street
Weatherford, Texas 76086
817-458-3254 www.parkercountyhd.org