



POLK COUNTY HEALTH DEPARTMENT INFLUENZA CONSENT PC3

CLINIC SITE: \_\_\_\_\_ CLERK INITIALS: \_\_\_\_\_

SECTION A

FIRST: \_\_\_\_\_ LAST: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

PHONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ BIRTHDATE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_ GENDER:  MALE  FEMALE

SECTION B

- 1. Any long- term health problem- ex: heart, kidney, lung disease (asthma), diabetes, anemia?  YES  NO
- 2. Are you allergic to eggs or Thimerosal (mercury containing preservative used in vaccines)?  YES  NO
- 3. Ever had an allergic reaction/other problem after vaccination (shortness of breath, hives, etc.)  YES  NO
- 4. Have you ever had Guillian Barre Syndrome?  YES  NO
- 5. Do you feel ill today or have an elevated temperature over 100.1 degrees?  YES  NO

SECTION D

HEALTH INSURANCE INFORMATION

Do you have health insurance  YES  NO

If YES-Please list name of insurance plan: \_\_\_\_\_ (WE DO NOT ACCEPT COVENTRY INSURANCE)

We will file your claim with the insurance plans that we participate in. If you have a co- pay, you will be billed at a later date. Please have card ready to scan. *If uninsured & 19 years and older, a \$20 fee applies. Unable to pay the full amount? Any amount is appreciated!*

AMOUNT PAID: \_\_\_\_\_

SECTION E

18 YEARS & UNDER

Are you underinsured? (Plan does NOT cover vaccinations)  YES  NO

Are you Native American/Alaskan Native?  YES  NO

Are you uninsured? (No insurance)  YES  NO

*Answer "YES" to any of the above, a \$19 administration fee applies. Unable to pay full amount? Any amount is appreciated!*

Are you 6 months to 18 years old with Medicaid?  YES  NO

We will bill your Medicaid insurance for the admin fee.

I acknowledge receipt of the "Notice of Health Information Privacy Practices" for Polk County Health Department and understand all information is confidential/can only be released with my consent. I have received and have had the opportunity to read the information sheet for the flu vaccination and have opportunity to ask questions. I understand the benefits and risks of the vaccination. I authorize the healthcare providers of the Polk County Health Dept. I understand if insurance does not cover the services that I will receive a bill for those services.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_



POLK COUNTY HEALTH DEPARTMENT INFLUENZA CONSENT

CLINIC SITE: \_\_\_\_\_

CLERK INITIALS: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* FOR STAFF ONLY \*\*\*\*\*

INFLUENZA- VIS DATE: 08/07/2015

Injectable Administration (3+ yrs): 90471 Z23

6-35 months (0.25ml) Quadrivalent 90687

Fluzone (0.5ml) Quadrivalent 90688

6-35 months Prefilled Quadrivalent 90685  
Only available in VFC

Fluzone High Dose 90662  
Preferred for 65+

DOSAGE:  .25 ML IM  .50 ML IM

SITE:  RD  LD  RT  LT

MANUFACTURER: \_\_\_\_\_

LOT #: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

STAFF SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

**TRACKING** \_\_\_\_\_

**IRIS** \_\_\_\_\_



POLK COUNTY HEALTH DEPARTMENT CONSENTIMIENTO DE INFLUENZA PC3

CLINIC SITE: \_\_\_\_\_

CLERK INITIALS: \_\_\_\_\_

**Sección A:**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de telefono:( ) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

**Sección B:**

- 1. Tiene alguna enfermedad cronica como: problemas del corazón, pulmones (Asma), riñones, diabetes, anemia? SI NO
- 2. Tiene alergia a los huevos ó al timerosal (preservativos usados en vacunas que contengan Mercurio)? SI NO
- 3. Alguna vez a tenido una reaccion alergica despues de una vacuna (dificultad al respirar, sarpullido en su piel, etc)? SI NO
- 4. Alguna vez a tenido el sindrome de Guillian Barre? SI NO
- 5. Se siente enfermo el dia de hoy o con temperatura de 100.1 grados o mas? SI NO

**Informacion de aseguranza medica**

**Sección D**

1. Tiene aseguranza medica? SI NO  
 Si marco SI escriba el nombre de la aseguranza \_\_\_\_\_ (no aceptamos la aseguranza COENTRY)  
 nosotros vamos a cobrarle a su a su aseguranza . Si tiene un co-pago, se le mandara en una factura aparte.  
 Si eres mayor de 19 años y no tiene aseguranza, el costo es de 20dls. si no puedes dejar el costo completo, cualquier cantidad se le agradece!  
 Cantidad que gusta pagar: \_\_\_\_\_

**Menores de 18 años**

**Sección E**

1. Su aseguranza cubre vacunas? SI NO  
 2. El niño/a es nativo americano/ nativo de alaska? SI NO  
 3. El niño/a tiene aseguranza? SI NO  
 Si usted contesto "SI" alguna de las preguntas de arriba, el costo sera de \$19dls. Si no puede pagar, cualquier cantidad se le agradece!!  
 Cantidad que gusta pagar: \_\_\_\_\_  
 4. Su edad es de 6 meses a 18 años de edad y tiene medicaid? SI NO  
 Si respondio "Si" nosotros le cobraremos a Medicaid por la adiministracion de la vacuna.

Reconosco haber recibido el "Aviso de practicas de privacidad de información de salud "de el Departamento de salud del condado de Polk y entiendo que toda mi informacion es confidencial y solo puede ser compartida con mi consentimiento. He recibido y he tenido la oportunidad de leer la hoja de información para la vacunación contra la gripe y tener la oportunidad de hacer preguntas . Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación. Yo autorizo a los proveedores de atención médica del Departamento de salud del condado de Polk. Entiendo que si el seguro medico no cubre los servicios que recibiré ,me mandaran una factura por estos servicios.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



POLK COUNTY HEALTH DEPARTMENT INFLUENZA CONSENT

PC3

CLINIC SITE: \_\_\_\_\_

CLERK INITIALS: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* FOR STAFF ONLY \*\*\*\*\*

INFLUENZA- VIS DATE: 08/07/2015

Injectable Administration (3+ yrs): 90471 Z23

6-35 months (0.25ml) Quadrivalent 90687

Fluzone (0.5ml) Quadrivalent 90688

6-35 months Prefilled Quadrivalent 90685

Only available in VFC

Fluzone High Dose 90662

Preferred for 65+

DOSAGE:  .25 ML IM  .50 ML IM SITE:  RD  LD  RT  LT

MANUFACTURER: \_\_\_\_\_

LOT #: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

STAFF SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

TRACKING \_\_\_\_\_

IRIS \_\_\_\_\_