Stratford Health Department ~ 468 Birdseye Street ~ Stratford CT 06615 ~ (203) 385-4058
INFLUENZA IMMUNIZATION CONSENT FORM

Apellido:
Primer Nombre:
Dirección::
Ciudad:
Codico Postal:
Numero Telefónico:
Fecha de Nacimento:
Edad:
Sexo:

Por Favor de contestar las siguientes preguntas:	**Si**	**No**
¿Es usted alérgico al huevo, látex, o timerosal?		
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe?		
¿Alguna vez ha tenido Guillan Barre Syndrome?		
¿Está usted enfermo con fiebre?		

Seguro Primario:
Nombre del plan de seguro:
ID #:
Seguro Secundario:
Nombre del plan de seguro:
ID#:
Entiendo que si mi seguro niega el pago, entonces voy a ser facturado por estos servicios. X_____ ***Firma del beneficiario (or padre/tutor legal)***

Consentimiento de la inyección/aerosol nasal contra la influenza:
He leído o se me ha explicado, la hoja de información sobre la vacunación contra la influenza y la política de privacidad del Departamento de Salud de Stratford. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción y entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación como se describe. Solicito que la vacunación contra la influenza ser dado a mí (o a la persona nombrada arriba por quien yo estoy autorizado a hacer esta petición). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra información necesaria para procesar una reclamación de Medicare o de otro seguro.

X_____ _____
Firma del beneficiario (or padre/tutor legal) ***Fecha***

FOR STAFF ONLY:	
Vaccine Site: ☐ Left Arm ☐ Right Arm	
Manufacturer:	
Lot #:	**Exp. Date:**
X_____ ***Nurses Signature***	_____ ***Date***
VIS Form Given: ☐	

Self Pay: Cash or Check	**Total**	
Fluarix	$35.00	
Flublok	$70.00	
Drug Code	90686	90682
Administrative Code	G0008	90471
Diagnosis Code	Z23	