

2008 AUTORIZACION PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Número telefónico: _____

Marque uno del siguiente:

____ Soy menor de 19 años de edad

____ Mi seguro médico cubre el costo de la vacuna contra la gripa.

Costo: \$25. Recibos disponibles.

____ No tengo ni Medicaid ni seguro médico privado, o mi seguro médico no cubre las vacunas. **Donación sugerida: \$12.**

____ Soy mayor de 18 años de edad. **Costo: \$25.** Recibos disponibles.

____ Soy eligible por Medicare Part B, mi número de medicaid es _____

Por favor conteste las siguientes preguntas circulando las respuestas correctas:

Es usted alérgico al polio, huevo, a las plumas de polio, o Mercurio? Si No

Alguna vez ha tenido alguna reacción a la vacuna de la gripe, (Polio Francesa)? Si No

He leído la información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza y pido que la vacuna me sea dada a mí o a la persona cuyo nombre aparece arriba de la cual yo estoy autorizado a hacer esta petición. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema que tenga con esta vacuna. Yo autorizo el cobro de esta vacuna a Medicare o Medicaid.

Firma de Paciente o Padre: _____

*****PARA EL USO DE LA OFICINA*****

MANUFACTURER: Fluzone/Fluarix
EXPIRATION DATE: 6/30/2009

SITE: Rt thigh / Lt thigh / RD / LD

0.25cc IM / 0.5 cc IM

Nurse's Signature: _____

Private Pay

U2748AA
U2806AA
36 mo + U2798EA
18 yrs + UFLUA375AA (prefilled syringe)

State Vaccine (VFC)

6-35 mo UT2788GA
36 mo + U2828AA