

**CITY-COWLEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT
2020-2021 FLU CLINIC CONSENT FORM**

Name: LAST		FIRST		M.I.	
Date of Birth / /		Age		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Address:		City:		State:	Zip Code:
Phone # () -		Alt Phone () -		Email:	
Is your primary phone a cell phone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If so, may we leave voice or text messages from this office on your phone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Race: <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Am Other _____		Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic		<input type="checkbox"/> Unknown	
1. Is the person to be vaccinated today currently sick? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
2. Has the person to be vaccinated had a serious reaction to eggs or egg products? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
3. Does the person receiving the vaccine have an allergic reaction to latex? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
The cost of the influenza vaccination is \$20.00/\$58.00 - How would you like to pay for this today?					
<input type="checkbox"/> Bill my insurance		<input type="checkbox"/> Bill me at the address listed above		<input type="checkbox"/> I will pay in full today <input type="checkbox"/> Employer Sponsored	
Primary Insurance Name:			Relationship to Insured:		
Insured's Name: LAST		FIRST		M.I.	
				Insured's Date of Birth / /	
Insurance Plan ID #		Group #		Plan #	

The August 15, 2019 Vaccine Information Statement for the seasonal influenza vaccine has been offered to me and I understand the risks and benefits of the flu vaccine. I also have been offered the Notice of Privacy Practice. My questions have been answered satisfactorily and I ask that the vaccine be given to me or to the person named for whom I am authorized to make this request. I hereby authorize City-Cowley County Health Department, to release to my insurance company or its representative any information including the records of any treatment or examination rendered to me during my visit for care. I hereby authorize City-Cowley County Health Department to release all information necessary to secure payment for this treatment. I assign the medical payment benefits to which I am entitled, including Medicare, KanCare, private insurance, and any other health plan to City-Cowley County Health Department for payment of the services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by my insurance. I understand and I (We) promise to pay for the services. I acknowledge that I understand these terms and that if I am unable to pay today that I can speak with a Health Department representative to make affordable payment arrangements.

Signature _____

Date _____

PROVIDER INFORMATION	
CITY-COWLEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT 320 E. 9 th , Suite B Winfield, KS 67156 620-221-1430	115 E. Radio Lane Arkansas City, KS 67005 620-442-3260

To be completed by the vaccine administrator only:

OFFICE USE ONLY

FLU VACCINE	
Injection Site:	
LT Deltoid IM	LT Vastus Lat. IM Dose: 0.5 ml
RT Deltoid IM	RT Vastus Lat. IM 0.7 ml
Manufacturer: Sanofi Pasteur GSK <input type="checkbox"/> Flulaval	
Lot #: _____ <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> Flublok <input type="checkbox"/> PFS <input type="checkbox"/> MDV	
Exp. Date: 6-30-21 Exp. _____	
_____ Vaccine Administrator's Signature	
Date Given:	

<input type="checkbox"/> Medicare	
<input type="checkbox"/> Private Pay	
<input type="checkbox"/> Medicaid	
NOTES:	
Address	
Phone number	

**CITY-COWLEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT
2020-2021 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE FLU CLINIC**

Nombre: Apellido		Nombre		Medio	
Fecha de Nacimiento		la edad	Género []Masculino []Hembra		
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Teléfono alternative		Email	
Es el teléfono principal de un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, le podemos dejar un correo de voz o mensaje de texto de esta oficina en el teléfono? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Carrera: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____ Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido					
1. ¿Está la persona a vacunar hoy actualmente enfermo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
2. La persona que se va a vacunar tuvo una reacción grave a los huevos o un problema del huevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
3. ¿ La persona que recibe la vacuna tiene una reacción alérgica al látex? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
El costo de la vacunación antigripal es de \$20.00/\$58.00 - ¿Cómo le gustaría pagar por esto hoy?					
<input type="checkbox"/> Mi Seguro <input type="checkbox"/> Me facturar a la dirección anterior <input type="checkbox"/> Pago total ahora <input type="checkbox"/> Los arreglos de pago					
Primaria Nombre del seguro:			Relación con el Asegurado:		
Nombre del Asegurado: Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros ID #		Grupo #		Plan #	

La declaración de información sobre la vacuna de la gripe estacional, del 7 de agosto de 2019, me ha sido ofrecida y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la gripe. También se me ha ofrecido la Notificación de práctica privada. Mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente y pido que la vacuna sea administrada a mi o a la persona indicada por la cual estoy autorizado para hacer esta solicitud. Por la presente autorizo El City-Cowley County Health Department, para liberar a mi compañía de seguros o su representante cualquier información, incluyendo los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí durante mi visita para el cuidado. Por la presente autorizo El City-Cowley County Health Department para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de este tratamiento. Estoy asignando el pago médicas para las cuales tengo derecho, incluyendo seguro médico del estado, KanCare, seguros privados, y cualquier otro plan de salud Del City-Cowley County Health Department para el pago de los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro. Yo entiendo y me (nos) comprometo a pagar por los servicios. Reconozco que entiendo estos términos y que si no puedo pagar hoy que puedo hablar con un representante del Departamento de Salud para hacer arreglos de pago accesibles.

Firma _____ **Fecha** _____

PROVIDER INFORMATION CITY-COWLEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT 320 E. 9 th , Suite B 115 E. Radio Lane Winfield, KS 67156 Arkansas City, KS 67005 620-221-1430 620-442-3260	
---	--

Para ser completado por el administrador vacuna sólo:

USO DE OFICINA

FLU VACCINE	
Injection Site:	
LT Deltoid IM	LT Vastus Lat. IM Dose: 0.5 ml
RT Deltoid IM	RT Vastus Lat. IM 0.7 ml
Manufacturer: Sanofi Pasteur GSK <input type="checkbox"/> Flulaval	
Lot #: _____ <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> Flublok <input type="checkbox"/> PFS <input type="checkbox"/> MDV	
Exp. Date: 6-30-21 Exp. _____	
_____ Vaccine Administrator's Signature	
Date Given:	

<input type="checkbox"/> Medicare	
<input type="checkbox"/> Private Pay	
<input type="checkbox"/> Medicaid	
NOTES:	
Address	
Phone Number	