



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Lincoln County
Communicable Disease & Immunizations

CHILD ONLY FORM (AGE 18 AND YOUNGER)

LINCOLN COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES

PLEASE PRINT

Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____
LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL MONTH / DAY / YEAR

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone: _____ Male Female Non Binary

PAYMENT OPTIONS

Name of Insurance: _____ ID# _____ Group# _____

Subscriber Name: _____ Subscriber DOB: _____

IF ABLE, PLEASE PROVIDE A COPY OR PICTURE OF INSURANCE CARD

Health History	Yes	No
Have you had a flu vaccine before?		
Have you ever had a serious reaction (anaphylaxis/unable to breath) to the flu vaccine in the past?		
Are you sick today?		
Are you allergic to eggs?		
Do you have a history of experiencing Guillain-Barre syndrome after receiving a flu vaccine in the past?		
Other		

I have received and read or had explained to me the Vaccine Information Statement (VIS) on the vaccines to be given. I understand the benefits and risks of the influenza, pneumonia, tetanus/diphtheria/pertussis vaccine and request that it (they) be given to me or the person named above for whom I am authorized to make this request and that this information may be released to my Doctor.

CONSENT FOR TREATMENT, PAYMENT AND HEALTH CARE OPERATIONS

I allow the release of any information needed to process insurance claims and request payment of medical benefits. I understand that I am responsible if payment is denied by my insurance carrier. I authorize payment of medical benefits to Lincoln County Health & Human Services (LCHHS).

LCHHS reserves the right to change the privacy practices that are described in the Notice of Privacy Practices. I may obtain a revised Privacy Notice by calling LCHHS at (541) 265-4179 or (541) 265-4112 and requesting a copy be sent in the mail or asking for one at the time of my next appointment.

Client Signature/Signature of Person Authorized by Law to Sign for Client: _____ Date: _____

Printed name of Parent or Guardian signing above: _____ DOB for parent or guardian _____

Relationship to Client (ID may be required): _____

.....~ PLEASE DO NOT FILL OUT BELOW THIS LINE. NURSE USE ONLY ~.....

Please complete the Manufacturer/Lot #, Site/Dosage and R.N. Initial spaces before turning in to the bookkeeping staff

Elig. Code	Service	Manufacturer/Lot	Site/Dosage
	FLULAVAL		0.5cc IM ___ Deltoid -OR - Vastus Lateralis

Vaccine Administered By – Nurse Signature: _____ RN Date: _____



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Lincoln County
Communicable Disease & Immunizations

FORMULARIO PARA NIÑOS (EDAD 18 Y MENOR)

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICION HUMANOS

LETRA IMPRENTA

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

APELIDO

NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

MONTH / DAY / YEAR

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____

No. de teléfono: _____ Varón Mujer No binario

OPCIONES DE PAGO

Nombre de Seguro: _____ ID# _____ Grupo# _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

IF ABLE, PLEASE PROVIDE A COPY OR PICTURE OF INSURANCE CARD.

ANTECEDENTES MÉDICOS	Sí	No
¿Ha recibido la vacuna de gripe antes?		
Alguna vez a tenido una reacción seria (anafilaxia/dificultad para respirar) a la vacuna de la influenza en el pasado?		
¿Está enfermo (a) hoy?		
¿Tiene alergias de huevos?		
Tiene usted historial de sufrir de síndrome de Guillian-Barre después de recibir la vacuna de la influenza en el pasado?		
Otros:		

He recibido y leído o se me ha explicado la Declaración de información sobre la vacuna (VIS) en las vacunas que debe darse. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y la solicitud de que se le dé a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud y que esta información puede ser revelada a mi doctor.

CONSENTIMIENTO PARA LOS PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO, DEL PAGO, Y DE LAS OPERACIONES DE CUIDADOS MÉDICOS

Permito la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros y solicitar el pago de beneficios médicos. Yo entiendo que soy responsable si el pago es negado por mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Lincoln (LCHHS). LCHHS se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de prácticas de privacidad. Yo puedo obtener un Aviso de Privacidad revisada llamando LCHHS al (541)265-4179 o (541)265-4112 y solicitando una copia para ser enviada por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Firma del Cliente/Firma de la persona autorizada por ley para firmar por el cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Guardian que firma (letra impreta): _____

Fecha de nacimiento del Padre/Guardian _____

Relación con paciente (Identificación con foto puede ser requerido): _____

..... (NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA).....

Elig. Code	Service	Manufacturer/Lot -	Site/Dosage
	FLULAVAL	Sanofi -	0.5cc Im _____ Deltoid –OR- Vastus Lateralis

Vaccine Administered By - Nurse Signature: _____ RN Date: _____