



Public Health  
Prevent. Promote. Protect.

Lincoln County  
Communicable Disease & Immunizations

FLU VACCINE ADMINISTRATION RECORD  
ADULT VAR: (AGE 19 YEARS & OLDER)  
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**

Medicare Part B #: \_\_\_\_\_

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 the 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 vaccine and request that it 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: \_\_\_\_\_

..... (DO NOT WRITE BELOW THIS LINE) .....

Elig. Code	Service	Manufacturer/Lot –	Site/Dosage
	FLULAVAL	Sanofi - #####	0.5cc Im _____ Deltoid
	Fluzone <b>High Dose</b> <b>-65 &amp; older</b>	Sanofi - #####	0.5cc Im _____ Deltoid

Vaccine Administered By - Nurse Signature: \_\_\_\_\_ RN Date: \_\_\_\_\_



Public Health  
Prevent. Promote. Protect.

Lincoln County  
Communicable Disease & Immunizations

REGISTRO ADMINISTRATIVO DE VACCUNACIÓN  
ADULTO RAV: (EDAD DE 19 AÑOS Y MAYOR)  
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: \_\_\_\_\_ Váron  Mujer  No binario

### OPCIONES DE PAGO

Seguro Médico de Medicare Parte B

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

SI ES POSIBLE, PRESENTE UNA COPIA O FOTO DE LA TARJETA DE SEGURO

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: \_\_\_\_\_

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

Elig. Code	Service	Manufacturer/Lot -	Site/Dosage
	FLULAVAL	Sanofi -	0.5cc Im _____ Deltoid
	Fluzone <u>High Dose -65 &amp; older</u>	Sanofi -	0.5cc Im _____ Deltoid

Vaccine Administered By - Nurse Signature: \_\_\_\_\_ RN Date: \_\_\_\_\_