

**INFLUENZA VACCINE (IIV/RIV) CONSENT FORM AND ADMINISTRATION RECORD 2020-2021**

Medicaid   Uninsured   Underinsured   Insured   Native/Alaskan American   WY  
Resident   Non-Resident

Age Group	Dosage Schedule
9 Years and older	0.5ML: One dose
3-8 Years	0.5 ML: One dose*
6 Months - 35 Months	0.25 ML or 0.5 ML: One dose*†

\* For children younger than 9 years of age, refer to the 2020 ACIP Recommendations to determine the need for one or two doses. If two doses are needed, separate the doses by at least 4 weeks.

† Dosage for age may vary by brand of vaccine. See package insert.

**INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUE RECIBIRA LA VACUNA**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Por Correo \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS SIGUIENTES?**

- ¿Ha recibido la vacuna de gripe antes? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
- ¿Ha tenido problemas con las vacunas de gripe anteriores? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
- ¿Está enfermo hoy? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
- ¿Tiene alergias de huevos o Thimerosal Mercury? (un conservante de medicinas)  
(Por favor conteste "No" si usted puede comer comida con huevos) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
- ¿Tiene un historia del síndrome de Guilliam-Barre? (un problema neurológico) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
- ¿Si es menor de 9 años de edad, ha recibido la vacuna antes? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si
- ¿Ha recibido la vacuna de neumonía? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí    Qué año? PPSV23 \_\_\_\_\_ PCV13 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PAGO:**

Medicare# \_\_\_\_\_ Medicaid# \_\_\_\_\_  
 Otra fuente de pago: \_\_\_\_\_ PAGÓ CON: EFECTIVO \_\_\_\_\_ CHEQUE # \_\_\_\_\_

Información del seguro médico			
Compañía de seguro principal		Compañía de seguro secundaria	
Dirección postal de la compañía de seguros	Ciudad	Estado/C.P.	Dirección postal de la compañía de seguros    Ciudad    Estado/C.P.
Nombre del titular de la póliza	Empleador del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza	Empleador del titular de la póliza
FDN del titular de la póliza:	Sexo del titular de la póliza:	FDN del titular de la póliza:	Sexo del titular de la póliza:
Póliza #	Grupo #	Póliza #	Grupo #

*He leído o me han explicado la declaración de información de la vacuna sobre la gripe y la vacuna contra la gripe. He tenido oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas apropiadas. Pienso que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe y pido que se me de la vacuna o a la persona nombrada arriba, para la que soy autorizado para hacer esta petición (padre o guardián). Si califica, doy mi autorización para cobrar a Medicaid o Medicare para esta vacuna. He recibido y he leído EL AVISO sobre las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Wyoming y he tenido la oportunidad para hacer preguntas sobre el uso de mi información. He tenido la oportunidad para leer información sobre El Registro de Inmunización de Wyoming y les doy mi permiso para entrar mis inmunizaciones en el Registro de Inmunizaciones de Wyoming.*

Nombre en letra del padre/tutor legal, si es diferente al cliente: \_\_\_\_\_  
 Firma del cliente/padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA EL USO DE LA CLÍNICA**

CLINIC SITE: \_\_\_\_\_ VIS DATE: \_\_\_\_\_  
 DATE VACCINE ADMINISTERED: \_\_\_\_\_ DATE BOOSTER REQUIRED: \_\_\_\_\_  
 VACCINE MAN. & LOT NUMBER: \_\_\_\_\_ IIV3   IIV4   HD-IIV4   RIV4   ccIIV4   aIIV4  
 SITE OF IM INJECTION:    RDT   OR    LDT   OR \_\_\_\_\_ DOSE: 0.5ML   0.25ML  
 SIGNATURE AND TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR: \_\_\_\_\_

NURSE'S COMMENTS: \_\_\_\_\_