

# 2017-2018 VACUNA ADMINISTRACIÓN REGISTRO

"He leído o que me había explicado la información en este folleto sobre la gripe y la vacuna contra la influenza. He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y pedir que la vacuna se aplica a mí o a la persona nombrada abajo para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición".

MEDICAID #: \_\_\_\_\_ MEDICARE #: \_\_\_\_\_

Por favor **Imprimir** y proporcionar **toda la información** destacado a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ círculo M o F

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Reconozco que he sido informado del "Aviso de prácticas de privacidad, la política y procedimiento" y la oportunidad de leer el aviso.

Si presenta cualquier otro tipo de seguro y va hacia su deducible o su póliza no cubre la vacuna contra la gripe, se enviará un proyecto de ley y esperar a pagar.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## CLINIC/OFFICE USE ONLY

CLINIC ADDRESS: Winnebago County Public Health  
216 South 4<sup>th</sup> Street  
Forest City, Iowa 50436

DATE VACCINE ADMINISTERED : \_\_\_\_\_ ( L ) ( R ) DELTOID

VACCINE AND LOT NUMBER: \_\_\_\_\_

SIGNATURE/TITLE VACCINE ADMINISTRATOR:

\_\_\_\_\_