

CHILD HEALTH     ADULT HEALTH

# Vaccination Form - Statement of Understanding, Permission & Assignment

Harnett County Department of Public Health

1. Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_
2. Social Security Number (ONLY IF NEEDED FOR BILLING) \_\_\_\_\_
3. Date of Birth \_\_\_\_\_
4. Race     1. White             2. Black             3. Am Id/Alaskan Native             4. Asian/Pacific Islander  
Ethnicity Hispanic Origin?     1. Hispanic/Latino             2. Not Hispanic/Latino             3. Declined
5. Sex     1. Male             2. Female
6. County of Residence \_\_\_\_\_
7. Street Address \_\_\_\_\_
8. City, State, Zip \_\_\_\_\_
9. Telephone Number \_\_\_\_\_
10. Medicare Number \_\_\_\_\_
11. Medicaid Number \_\_\_\_\_
12. Private Insurance Number / Subscriber# / ID# \_\_\_\_\_

**INSURANCE COMPANY:** \_\_\_\_\_

**STATEMENT OF UNDERSTANDING:** I have read and I understand the information provided to me about receiving vaccines for influenza and pneumococcal pneumonia, and I have had the opportunity to ask questions. I understand that being allergic to eggs may be a reason for not receiving the influenza vaccine. I affirm to the best of my knowledge that the following questions have been answered truthfully.

1. Are you allergic to eggs? .....  Yes             No
2. Do you now have a fever with a temperature above 100°F? .....  Yes             No
3. Have you had a serious allergic reaction to influenza vaccine? .....  Yes             No

**STATEMENT OF PERMISSION & ASSIGNMENT:** By placing my initials in the space(s) provided, I voluntarily give my permission to receive (initials) \_\_\_\_\_ influenza vaccine. I understand that payment for this service may be made in accordance with the provisions of Title XVIII of the Social Security Act (Medicare), and/or Title XIX of the Social Security Act (Medicaid); and/or private insurance or other third-party payor. I hereby authorize the provider of service to release information necessary for the processing of any claim for payment made on my behalf, and I authorize payment to the provider for such claim.

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:**

By signing below, I am acknowledging that:

- I am either the patient or the patient's personal representative;
- I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" for Harnett County Health Department; and
- I understand that I may contact the person named in the Notice if I have questions about the content of the Notice.

- 90686 Fluzone, & Flulaval             90694 HD FLUAD  
 906/4 Flucelvax

**X** \_\_\_\_\_  
*Signature of patient or parent/legal guardian/legally responsible person*

**X** \_\_\_\_\_  
Date

Description of relationship to patient

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

**For Provider Use Only:**

Influenza Vaccine Mfgr./Lot Number \_\_\_\_\_

Injection Site: \_\_\_\_\_ Right \_\_\_\_\_ Left Deltoid    Date \_\_\_\_\_

Administered by \_\_\_\_\_  
Signature

**Patient  
FLU ONLY**

CHILD HEALTH     ADULT HEALTH

# Formulario de Vacunación - Declaración de Entendimiento, Permiso y Asignación

Departamento de Salud del Condado Harnett

1. Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_
2. Número del Seguro Social (SOLO SI SE NECESITA PARA FACTURACIÓN) \_\_\_\_\_
3. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
4. Raza      1. Blanco                 2. Moreno             3. Indio Am/Nativo de Alaska      4. Asiático/Isleño Pacífico  
Etnicidad Origen Hispano?     1. Hispano/Latino             2. No Hispano/Latino             3. Rehuso
5. Sexo      1. Hombre             2. Mujer
6. Condado de Residencia \_\_\_\_\_
7. Dirección Física \_\_\_\_\_
8. Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_
9. Número de Teléfono \_\_\_\_\_
10. Número de Medicare \_\_\_\_\_
11. Número de Medicaid \_\_\_\_\_
12. Número de Seguro Privado / #Abonado / #Identificación \_\_\_\_\_

**COMPañÍA DE SEGURO:**

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO:** Yo he leído y entiendo la información que se me proporciona sobre cómo recibir las vacunas de la gripe y la neumonía, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo que ser alérgico a los huevos puede ser una razón para no poder recibir la vacuna de la gripe. Yo afirmo al mejor de mi conocimiento que las siguientes preguntas han sido respondidas con sinceridad.

1. ¿Es alérgico a los huevos? .....  Si             No
2. ¿Tiene, en estos momentos, fiebre y temperatura de más de 100°F? .....  Si             No
3. ¿Ha tenido reacción alérgica a la vacuna de la gripe? .....  Si             No

**DECLARACIÓN DE PERMISO Y ASIGNACIÓN:** Colocando mis iniciales en el espacio(s) proveído, Yo voluntariamente doy mi permiso para recibir (iniciales) \_\_\_\_\_ la vacuna de la gripe. Yo entiendo que pago por este servicio se hará en acuerdo con las provisiones del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Medicare), y/o Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid); y/o seguro médico privado u otro pagador terciario. Yo por la siguiente autorizo al proveedor del servicio a soltar la información necesaria para el procesamiento de cualquier reclamación de pago en my nombre, y Yo autorizo pago al proveedor por dicha reclamación.

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar abajo, Yo entiendo que:

- Yo soy el paciente o el representante personal del paciente;
- Yo he recibido una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Departamento de Salud del Condado Harnett; y
- Yo entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el Aviso si tengo preguntas sobre el contenido del Aviso.

<input type="checkbox"/> 90686 Fluzone, & Flulaval	<input type="checkbox"/> 90694 HD FLUAD
<input type="checkbox"/> 906/4 Flucelvax	

**X** \_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o padre/guardián legal/personal legalmente responsable*

**X** \_\_\_\_\_  
Fecha

Descripción de la relación al paciente                      **NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA**

**For Provider Use Only:**

Influenza Vaccine Mfgr./Lot Number \_\_\_\_\_  
Injection Site:     \_\_\_\_\_ Right     \_\_\_\_\_ Left Deltoid     Date \_\_\_\_\_  
Administered by \_\_\_\_\_  
Signature

**Patient  
FLU ONLY**