

INFLUENZA VACCINE PERMISSION FORM

Parent/Guardian: Please provide the following information about your child (please print):

Child's Legal Name: _____ Birth Date: _____ Sex: _____ Race: _____

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Parent/Guardian's Name: _____

Child's Mother's First name: _____ Maiden name: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Best phone number to reach you: (_____) _____

Does your child have any allergies?

☐ No – My child has no food or medicine allergies.

☐ Yes – my child is allergic to:

Describe the reaction: _____

Has your child had a serious reaction to a vaccine in the past?

☐ No

☐ Yes If yes, what vaccine and describe the reaction: _____

Parent/Guardian Consent

I understand Brunswick County Health Services staff will be administering flu shots at my child's school.

I give permission for my child, _____ to receive the flu shot.

I understand that my signature will serve as consent for the flu vaccination, filing insurance claims and authorizing payment of benefits to the licensed healthcare provider for services rendered. I understand the parent/legal guardian will be responsible for any co-pays, deductibles, or non-covered charges. Students underinsured or without insurance qualify for state supplied vaccine.

I attest I have reviewed the influenza vaccine information sheet.

*

Parent/Guardian Signature

Date

Insurance Information: (IF THE SECTION BELOW IS BLANK YOUR CHILD WILL NOT RECEIVE ANY VACCINE)

My Child is: (check (√) all that apply): ☐ American Indian or ☐ Alaskan Native

Check (√) Primary Insurance Type:

☐ Private Insurance: ☐ Aetna ☐ BCBS ☐ Cigna ☐ Health Choice ☐ Tricare ☐ UHC

☐ Other insurance not listed above: _____

☐ Medicaid Plan (Healthy Blue, UHC Community Plan, WellCare, Carolina Complete and AmeriHealth Caritas)

☐ Not insured – no medical insurance

☐ Underinsured – has insurance but it does not cover immunizations

Policy Number: _____ **REQUIRED**

Group Number: _____

- 1. Check the insurance type.**
 - 2. Write in your policy number.**
 - 3. Write in your group number.**

For Local Health Department Only: ☐ STATE (VFC) ☐ PRIVATE

Date Given	Vaccine	Site/Route	Vaccine Name--Lot#	VIS Date	Nurse Signature
	Influenza	IM		01/31/2025	

Clerical
Demo/Ins _____ (Init)
Date _____
Cure MD Acct # _____

Nurses
CureMD Note _____ (Init)
Date _____

Nurses/Clerical
NCIR _____ (Init)
Date _____

Biller
Billed _____ (Init)
Date _____
Paid _____

FORMULARIO DE PERMISO PARA INMUNIZACIÓN

Padre/Tutor Legal: Por favor suministre la siguiente información acerca de su hijo/a. (en letra molde por favor):

Nombre legal del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ____ Raza _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestra: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal _____

Nombre de la madre: _____ Nombre de soltera de la madre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: (____) _____

Alergias:

☐ No – Mi hijo/a no tiene ninguna alergia a comida, medicamento o vacunas

☐ Si – Mi hijo/a tiene alergia a: _____
Describir la reacción: _____

Consentimiento del Padre/Tutor Legal

Tengo entendido que empleados de Brunswick County Health Services estarán administrando vacunas contra la gripe en la escuela de mi niño.

Doy permiso para que mi niño/a, _____ reciba la vacuna contra la gripe.

Entiendo que mi firma servirá como consentimiento para la vacuna contra la gripe, la presentación de reclamos de seguro y el pago de beneficios al proveedor de atención medica autorizado por los servicios presentados. Entiendo que el padre/tutor legal será responsable de cualquier copago, deducible o cargo no cubierto. Los estudiantes con seguro insuficiente o sin seguro pueden calificar para la vacuna suministrada por el estado. **Doy fe que he revisado la hoja de información de la vacuna contra la influenza.**

*

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Información del Seguro: (SU HIJO/A NO SERA VACUNADO SI LA SECCION ABAJO SE DEJA EN BLANCO)

Mi hijo es: (marque (√) todo lo que aplique): ☐ Indio Americano o ☐ Nativo de Alaska

Marque (√) Tipo de Seguro Primario:

☐ Seguro Privado: ☐ Aetna ☐ BCBS ☐ Cigna ☐ Health Choice ☐ Tricare ☐ UHC

☐ Otros seguros: _____

☐ Medicaid (Healthy Blue, UHC Community Plan, WellCare, Carolina Complete and AmeriHealth Caritas)

☐ No tiene seguro - no tiene Seguro medico

☐ Con Seguro insuficiente – tiene Seguro, pero no cubre el costo total de las vacunas

Numero de Póliza: _____ **REQUERIDO**

Numero de Grupo: _____

Por favor asegúrese de marcar su Seguro. Escriba su número de póliza y el número de grupo en el espacio proporcionado.

For Local Health Department Only: ☐ STATE (VFC) ☐ PRIVATE

Date Given	Vaccine	Site/Route	Vaccine Name--Lot#	VIS Date	Nurse Signature
	Influenza	IM		01/31/2025	

Clerical
Demo/Ins _____ (Init)
Date _____
Cure MD Acct # _____

Nurses
CureMD Note _____ (Init)
Date _____

Nurses/Clerical
NCIR _____ (Init)
Date _____

Biller
Billed _____ (Init)
Date _____
Paid _____