

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 maiden name: _____

Address: _____ Telephone: (____) _____

Allergies:

No – My child has no medical allergies

Yes – My child is allergic to: _____

Parent/Guardian Consent

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

I give permission for my child, _____ to receive the influenza vaccine.

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 may qualify for state supplied vaccine.

*

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

Medicaid (includes 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: _____

Please be sure to check your insurance. Write in your policy number and your group number in the space provided.

For Local Health Department Only: STATE (VFC) PRIVATE

Date Given	Vaccine	Site/Route	Lot#	VIS Date	Nurse Signature
	Influenza	IM		08/06/2021	

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

Nurses
CureMD Note _____ (Init)
Date _____

Nurses/Clerical
NCIR _____ (Init)
Date _____

Billor
Billed _____ (Init)
Date _____
Paid _____

FORMULARIO DE PERMISO PARA INMUNIZACION

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 soltera de la madre del niño/a: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Alergias:

- No – Mi hijo/a no tiene ninguna alergia medica
- Si – Mi hijo/a tiene alergia a: _____

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.

*

_____ **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
 Tiene Medicaid – Numero de Recipiente _____

Marque (√) Tipo de Seguro Primario:

- Seguro Privado: Aetna BCBS Cigna Health Choice Tricare UHC
- Medicaid (includes 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	Lot#	VIS Date	Nurse Signature
	Influenza	IM		08/06/2021	

Clerical Demo/Ins _____ (Init) Date _____ Cure MD Acct # _____	Nurses CureMD Note _____ (Init) Date _____	Nurses/Clerical NCIR _____ (Init) Date _____	Billor Billed _____ (Init) Date _____ Paid _____
--	---	---	--