



Caldwell County Health Department 2025-2026 Influenza Vaccine Consent Form

IF WE DO NOT HAVE A COPY OF YOUR INSURANCE CARD, YOU WILL RECEIVE A BILL UNTIL A COPY OF THE CARD IS PROVIDED.

I have read, or have had explained to me, the CDC Vaccine Information Statement about influenza and the vaccine. I understand that this vaccine may cause flu-like symptoms in some people. I have had an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the risks and benefits of the influenza vaccine and request the vaccine be given to me (or person named below for whom I am authorized to make this request).

Please Print:

NAME: _____ DOB: ____/____/____

ADDRESS: _____

SSN#: _____ Race: _____
Only needed if Medicare

TELEPHONE #: _____

Parent or Guardians Name, if minor: _____ Mother's Maiden Name: _____
For NCIR purposes For NCIR purposes

Family Doctor or Family Practice: _____

- Are you sick today? YES NO DON'T KNOW
- Do you have an allergy to an ingredient of the vaccine? YES NO DON'T KNOW
- Have you ever had a serious reaction to a vaccine in the past? YES NO DON'T KNOW
- Have you ever had Guillain Barre Syndrome? YES NO DON'T KNOW
- Have you ever felt dizzy or faint after getting any vaccine? YES NO DON'T KNOW
- Are you anxious about getting the influenza vaccine today? YES NO DON'T KNOW

Signature of the person receiving vaccine, parent or legal guardian _____ Date _____

For Provider Use Only: Influenza Vaccine Mfg. Lot/ Expiration Sticker:

- Injection Site: Right Left
- Deltoid Thigh

Administered By: _____ Date _____

State Supplied:

- Uninsured child ≤ 18
- Medicaid child ≤ 18
- American/ Indian/ Alaskan Native
- CCHD Family Planning
- Uninsured Maternity Patient

Paid:

- Adult Medicaid
- Medicare
- Private Insurance
- Caldwell County Employee
- Uninsured Paying \$40.00
- Entered into NCIR



Departamento de Salud del Condado de Caldwell
Formulario de consentimiento para la vacuna contra la influenza 2025-2026

SI NO TENEMOS UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO, RECIBIRÁ UNA FACTURA HASTA QUE PROPORCIONE UNA COPIA DE LA TARJETA.

He leído, o me han explicado, la Declaración de información sobre la vacuna de los CDC sobre la influenza y la vacuna Entiendo que esta vacuna puede causar síntomas similares a los de la gripe en algunas personas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas a mi satisfacción. Comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la influenza y solicito que se me administre la vacuna a mí (o a la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud).

Por favor escriba:

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

DIRECCIÓN: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
Solo es necesario si tiene Medicare

TELEFONO: _____

Nombre del padre o tutor, si es menor de edad: _____ **Apellido de soltera de la madre:** _____
Para fines del NCIR Para fines del NCIR

Médico de Familia o Medicina de Familia: _____

¿Está enfermo/a hoy? SI NO NO LO SE

¿Tienes alergia a un ingrediente de la vacuna? SI NO NO LO SÉ

¿Alguna vez has tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? SI NO NO LO SÉ

¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain Barré? SI NO NO LO SÉ

¿Alguna vez Se has sentido mareado o desmayado después de recibir alguna vacuna? SI NO NO LO SÉ

¿Está ansioso por recibir la vacuna contra la influenza hoy? SI NO NO LO SÉ

Firma de la persona que recibe la vacuna, padre o tutor legal

Fecha

For Provider Use Only: Influenza Vaccine Mfg. Lot/ Expiration Sticker:

Injection Site: Right Left
 Deltoid Thigh

Administered By: _____ Date _____

State Supplied:

- Uninsured child ≤ 18
- Medicaid child ≤ 18
- American/ Indian/ Alaskan Native
- CCHD Family Planning
- Uninsured Maternity Patient

Paid:

- Adult Medicaid
- Medicare
- Private Insurance
- Caldwell County Employee
- Uninsured Paying \$40.00
- Entered into NCIR