

# Sherman County Health Department

1622 Broadway Ave, Goodland, KS 67735

## SEASONAL VACCINE DOCUMENTATION / CONSENT FORM

Signature of Patient/Parent or Legal Guardian

Relationship to patient

Date

### PATIENT INFORMATION

Last Name	First Name	Date of Birth	Age	Gender	
				<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Street Address / Mailing Address	City	State	Zip Code	Phone Number	

### INSURANCE INFORMATION

I would like Sherman County Health Dept to bill:

<input type="checkbox"/> Medicare Plan B	<input type="checkbox"/> Medicare Plan D	<input type="checkbox"/> BC/BS	<input type="checkbox"/> KanCare	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> None
_____					
Insurance ID #					
_____				_____	
Name as it appears on Insurance Card				DOB of Card Holder	
VFC Eligibility	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 317				

### HEALTH SCREENING QUESTIONS

1	Is the person to be vaccinated sick today (temperature over 100°F)?	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
2	Does the person to be vaccinated today have an allergy to a component of the vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
3	Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to a vaccine in the past?	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
4	Has the person to be vaccinated ever had Guillian-Barre Syndrome?	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No

### CLINICAL USE ONLY

Trivalent Flu 90656 90471/G0008	\$25.00	0.5ml	RT LT	Del Vas Lat	IM	VIS 08/06/2021	Manufacturer: Sanofi	Place labels here:
------------------------------------	---------	-------	-------	-------------	----	----------------	----------------------	--------------------

\_\_\_\_\_

Signature and Title of Vaccine Administrator

\_\_\_\_\_

Date Given

# Sherman County Health Department

1622 Broadway Ave, Goodland, KS 67735

## SEASONAL VACCINE DOCUMENTATION / CONSENT FORM

Firma del paciente / padre o tutor lega

Relación con la paciente

Fecha

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	Fecha de cumpleaños	Edad	Género	
				<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina
Dirección postal/Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Me gustaría que el Departamento de Salud del Condado de Sherman facture:

Plan B de Medicare     Plan D de Medicare     BC/BS     KanCare     Otro     Ninguno

Identificación del seguro#

Nombre tal como aparece en la tarjeta de seguro

Fecha de Nac del titular de la tarjeta

VFC Eligibility

Yes

No

317

### PREGUNTAS DE EXAMEN DE SALUD

1	¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy (temperatura superior a 100)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2	¿La persona que se va a vacunar hoy tiene alergia al huevo oa algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4	¿La persona a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillian-Barre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### SOLO USO CLÍNICO

Trivalent Flu									Place labels here:
90656 90471/G0008	\$25.00	0.5ml	RT LT	Del Vas Lat	IM	VIS 08/06/2021	Manufacturer: Sanofi		

Firma y cargo del administrador de la vacuna

Fecha de entrega