

ADOLESCENT 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: (____) _____

Does your child have any allergies?

- No – My child has no food or medicine allergies.
- Yes – My child is allergic to: _____

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

- No
- Yes, If yes, what vaccine: _____

- If your child is in the **6th grade**, they will need Tdap and Meningococcal vaccines.
- If your child is in the **11th grade**, they only need the Meningococcal vaccine.

Please check the vaccines you want Brunswick County Health Services to give your child:

I give permission for my child, _____ to receive: Tdap vaccine Meningococcal vaccine.

I understand that my signature will serve as consent for the vaccinations checked above, 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. **I attest I have reviewed the vaccine information sheets for the vaccines I have checked above.**

*

Parent/Guardian Signature

Date

Insurance Information: IF THE SECTION BELOW IS BLANK YOUR CHILD WILL NOT RECEIVE VACCINES

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

Check (√) Primary Insurance Type:

- Private Insurance: Aetna BCBS Cigna 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
	Tdap	IM		08/06/2021	
	Meningococcal	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: (____) _____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia?

- No – Mi hijo/a no tiene alergia a comida o medicina
- Si – Mi hijo/a tiene alergia a: _____

¿Ha tenido su hijo/a una reacción grave a una vacuna en el pasado?

- No
- Si Si sí, que vacuna: _____

- Si su hijo/a está en sexto grado necesitará las vacunas Tdap y Meningocócica.
- Si su hijo/a esta en el grado 11 solo necesitara la vacuna Meningocócica.

Por favor marque las vacunas que desea que Brunswick County Health Services le dé a su hijo:

Doy permiso para que mi hijo/a, _____ reciba: Vacuna Tdap Vacuna meningocócica

Entiendo que mi firma servirá como consentimiento para las vacunas marcadas anteriormente, para presentar reclamos de Seguro y autorizar el pago de beneficios al proveedor de atención medica autorizado por los servicios prestados. Entiendo que el padre/tutor legal será responsable de los copagos, deducibles o cargos no cubiertos. Los estudiantes con Seguro insuficiente o sin Seguro pueden calificar para las vacunas suministradas por el estado. **Doy fe que he revisado las hojas de información de vacunas para las vacunas que he marcado anteriormente.**

* _____
 Firma de Padre/Tutor **Fecha**

Información del Seguro: (SI LA SIGUIENTE SECCION ESTA EN BLANCO, SU HIJO NO RECIBIRA VACUNAS)

Mi hijo es (marque (√) todo lo que aplique): indio americano o Nativo de Alaska

Check (√) Primary Insurance Type:

Private Insurance: Aetna BCBS Cigna Tricare UHC

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	Lot#	VIS Date	Nurse Signature
	Tdap	IM		08/06/2021	
	Meningococcal	IM		08/06/2021	

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