

# 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.

- Check here if you would like BCHS to mail you a copy of your child's vaccination record.

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
- 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	

<b>Clerical</b> Demo/Ins _____ (Init) Date _____ Cure MD Acct # _____	<b>Nurses</b> CureMD Note _____ (Init) Date _____	<b>Nurses/Clerical</b> NCIR _____ (Init) Date _____	<b>Billor</b> 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.

Marque aquí si quiere que BCHS le envíe una copia del registro de vacunas de su hijo/a.

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  
 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	

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