

**JACKSON COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
2023-2024 INFLUENZA/PNEUMONIA VACCINE ADMINISTRATION RECORD**

Information about Person to Receive Vaccine (please print)

Legal Name (First)	(Last)	(M.I.)	Date of Birth		
			Month	Day	Year
Gender Male / Female	Race/Ethnicity	Phone			
Mailing Address	City	State	County	Zip	
Physical Address	City	State	County	Zip	
Mothers Maiden Name	Mothers First Name	**Required for Immunization Registry**			

Highest Grade Completed:

Consent

I/parental designee have received the "Vaccine Information Statements" (VIS) about the disease and vaccine. I have had a chance to review the VIS and to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine and request the vaccine indicated below to be given to me or the person named above for whom I am authorized to make this request.

I/parental designee have received the "Notice of Privacy Practices". I have had a chance to review the information and to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand that I may contact the Jackson County Department of Public Health if I have any questions about the content of the "Notice of Privacy Practices". I understand by signing this form that I authorize payment of medical benefits to the Jackson County Department of Public Health.

For billing purposes, I assign Medicaid/Medicare benefits to the Jackson County Department of Public Health. I understand that my signature will serve as legal "Signature on File" for the purpose of filing my Medicaid/Medicare claim and payment of medical benefits to the Jackson County Department of Public Health for any services rendered. I authorize the release of any medical information needed to process my claim.

Signature	Relationship to Patient	Date
***** FOR CLINIC USE ONLY *****		

Trade Name	Lot Number	Age Group	Site
State	State		
(171) Flucelvax 90674 Quad		6mos & Older	R / L
Private	Private		
(171) Flucelvax 90674 Quad \$50		6 Months & Older	R / L
(205) Fluad 90694 Adjuvanted \$87 G0008		65 & Older	R / L
(216) Pneumococcal 20 90677 \$253 G0009		65 & Older or Dr order	R / L
(33) Pneumococcal 23 90732 \$137 G0009		65 & Older or Dr order	R / L

Administered by: _____ Date: _____	Date: _____ NCIR updated _____
Patagonia _____ NCIR _____	Update Demo _____ Insurance Verified _____
	Billed _____ Laser fiche Scanned _____

Medicaid: _____ BCBS: _____ Medicare: _____ Medicare Advantage: _____ Other Insurance: _____
Uninsured Children: _____ Uninsured: _____ BCBS: County Employee / Dependent / Retiree
Card # _____ Group# _____
Card holder name _____ Card holder DOB _____

Outreach Location _____

Información sobre la persona recibiendo la vacuna (por favor escribe con letra de molde)

Nombre Legal (Primer Nombre)	(Apellido)	(Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____	
Género Hombre / Mujer	Raza / Etnicidad	Número de Teléfono		
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Condado de Residencia	Código Postal
Dirección Física	Ciudad	Estado	Condado de Residencia	Código Postal
Nombre de Soltera de la Madre		de la Madre Primer Nombre		** Requerido para el registro de inmunización**

Consentimiento

Yo/padres designado he recibido "Declaraciones de Información sobre Vacunas" (VIS) acerca de la enfermedad y vacunas. He tenido la oportunidad de revisar el VIS y hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna indicada debajo sea dada a mí o la persona nombrada arriba de quien me ha autorizado a hacer esta solicitud.

Yo/padres designado han recibido "Aviso de Prácticas de Privacidad". He tenido la oportunidad de revisar la información y hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo que puedo contactar al Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson si tengo preguntas sobre el contenido del "Aviso de Prácticas de Privacidad". Entiendo por firmar este formulario que autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson.

Para propósito de facturación, yo asigno los beneficios de Medicaid/Medicare al Departamento de la Salud Pública del Condado de Jackson. Entiendo que mi firma servirá como legal "Firma en Archivo" con el propósito de presentar un reclamo de Medicaid/Medicare y el pago de beneficios médicos al Departamento de la Salud Pública del Condado de Jackson por los servicios rendido. Yo autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo.

Firma – Persona que recibe la vacuna o la persona autorizada para firmar el nombre del paciente **Relación al Paciente** **Fecha**
 ***** **SÓLO PARA EL USO DE LA CLÍNICA** *****

Trade Name	Lot Number	Age Group	Site
State	State		
(171) Flucelvax 90674 Quad		6mos & Older	R / L
Private	Private	6-35 Months	R / L
(171) Flucelvax 90674 Quad \$50		6 Months & Older	R / L
(205) Flud 90694 Adjuvanted \$87 G0008		65 & Older	R / L
(216) Pneumococcal 20 90677 \$253 G0009		65 & Older or Dr order	R / L
(33) Pneumococcal 23 90732 \$137 G0009		65 & Older or Dr order	R / L

Administered by: _____ Date: _____ NCIR updated _____
 Patagonia _____ NCIR _____ Update Demo _____ Insurance Verified _____
 Billed _____ Laser fiche Scanned _____

Medicaid: _____ BCBS: _____ Medicare: _____ Medicare Advantage: _____ Other Insurance: _____
 Uninsured Children: _____ Uninsured: _____ BCBS: County Employee / Dependent / Retiree
 Card # _____ Group# _____
 Card holder name _____ Card holder DOB _____

Outreach Location _____