



Influenza Vaccination Form

Name: _____
 DOB: _____

Billing Preference (Please check one)

___ I wish to receive my flu vaccine through the “Direct Access” program. I do not wish to have my insurance billed for the flu vaccine. (Medicare Patients not eligible) I will pay the cost of:

\$57/\$77 for High Dose Vaccine (Recommended for patients 65 & older)

Method of Payment: Cash Check Credit Card

___ Please bill my insurance company for the cost of my flu vaccine and the administration fee.

For patients (both children and adults) to be vaccinated: The following questions will help us determine if there is any reason we should not give you or your child inactivated injectable influenza vaccination today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.	YES	NO	Don't Know
1. Is the person to be vaccinated sick today? Fever of 100.5 or higher.			
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to eggs or to a component of the vaccine?			
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?			
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome?			

Form completed by: _____ **Date:** _____

Form reviewed by: _____ **Date:** _____

Site: Left Deltoid
 Right Deltoid
 Left Thigh Other:
 Right Thigh

Place vaccine label here:

MNVFC (18 yrs and younger) YES NO

Provider visit at time of vaccine: YES NO

Entered in Allscripts or MIIC _____

Billing codes:
 Admin—G0008-Medicare
 Admin—90471-Other
 Dx—Z23

Nurse signature: _____ **Date:** _____



Influenza Vaccination Formar

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Preferencias de Cobro (Favor de seleccionar una)

__ Yo deseo recibir mi Vacuna contra la Influenza a través del programa de Acceso Directo "Direct Access". No deseo que mi seguro medico sea cobrado por la vacuna contra la influenza. (Pacientes de Medicare no son elegibles). Yo pagare el costo de:

\$57/\$77 por la Dosis Alta (Recomendada para pacientes de 65 años o más)

Método de pago: **Efectivo** **Cheque** **Tarjeta de Crédito**

__ Favor de cobrar a mi compañía de seguro medico para el costo de mi vacuna contra la influenza y la cuota administrativa

Para los pacientes (niños y adultos) que van a ser vacunados: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual no le debamos dar a usted o a su hijo(a) una vacuna inyectable contra la influenza inactivada hoy. Si contesta "si" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que usted (o su hijo(a)) no debe ser vacunado. Sólo significa que se necesitan hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, por favor pida a su proveedor de cuidados de salud que le explique.	SI	NO	No Se
1. ¿La persona que va a ser vacunada está enferma hoy? Temperatura de 100.5 o mas alta			
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene una alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna?			
3. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez una reacción severa a la vacuna contra la influenza en el pasado?			
4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?			

Formulario completado por: _____ **Fecha:** _____

Formulario revisado por: _____ **Fecha:** _____

Site: Left Deltoid
 Right Deltoid
 Left Thigh Other:
 Right Thigh

Place vaccine label here:

Billing codes:
 Amin – **G0008-Medicare**
 Amin – **90471 – Other**
 DX – **Z23**

Inscrito en Allscripts o MIIC _____

Firma de la enfermera(o): _____ **Fecha:** _____