

CARE-MART PHARMACY OFF-SITE IMMUNIZATION

***** PLEASE PRINT CLEARLY*****

Insurance Information

BIN# _____

PCN# _____

GROUP _____

ID# _____

NAME

(Nombre) _____

LAST (Apellido) _____

FIRST (Nombre) _____

MI (Jr, Sr, I, II, III) as it appears on card

Circule su respuesta

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) ____/____/____

Male (Hombre) / Female (Mujer)

***** PLEASE WRITE YOUR ADDRESS THAT IS ASSOCIATED WITH INSURANCE CARD*****

Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____

Zip Code (Código postal) _____

Phone (Número de teléfono): _____

***** PLEASE WRITE YOUR DOCTOR'S INFORMATION, IF KNOWN*****

(El nombre del doctor)

(Número de teléfono)

Primary Care Physician Name _____

Phone: _____

Declaración: Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar el reclamo.

Vacuna que recibe hoy: **Inactivated Influenza Vaccine (IIV)**

Circule su respuesta

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está enfermo hoy? | Sí | No |
| 2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de la vacuna o al látex? | | |
| • En caso afirmativo, indique las alergias. _____ | Sí | No |
| 3. ¿Ha tenido una reacción seria después de recibir una vacuna? | Sí | No |
| 4. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cancer, o ha recibido tratamientos de radiación? | Sí | No |
| 5. ¿Ha tenido convulsiones o problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso? | Sí | No |
| 6. ¿Ha tenido una mastectomía, linfedema o extirpación de ganglios linfáticos? | Sí | No |

He leído o me han explicado la información de este formulario y las Declaraciones de información sobre vacunas (VIS) sobre la gripe. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Entiendo que se recomienda permanecer en el lugar durante 15 minutos después de la inyección.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): ____/____/____

- - - - -

To be used by Pharmacy Department Only:

Vaccine Name: _____

Manufacturer: _____

Lot: _____

Injection Site: RIGHT / LEFT DELTOID

Amount: 0.5 mL

VIS Date: 01/31/25

Pharmacist Name: Preston Hall

Yaneya Hall

Signature: 