

- City Employee
 County Employee

***** City of El Paso Department of Public Health *****

5115 El Paso Dr. El Paso TX. 79905

(PRINT PLEASE)

Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Name:** _____ **Age:** _____

Gender: **M** **F** **Pregnant:** **Y** **N** **Suspected** **Race:** _____ **Date of Birth (MM/DD/YYYY):** _____

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Phone Number: _____ **Vaccination Clinic Location:** _____ **Date (MM/DD/YYYY):** _____

INSURANCE

- No Health Insurance
- Private Insurance (BC/BS, Aetna, etc...)
- Medicare
- Medicaid
- CHIP

HOUSEHOLD INCOME

- Less than \$20,000
- 20,001-40,0000
- 40,001-60,000
- 60,001-80,000
- 80,000-100,000
- More than 100,000

HOUSEHOLD SIZE _____

MEDICAL HISTORY

YES NO

1. Is the patient (Child or Adult) sick today?		
2. Does the patient have a severe allergy to eggs that required hospitalization?		
3. Has the patient had a severe reaction to Flu vaccine in the past?		
4. Has the patient had a condition called Guillain Barre Syndrome (GBS)?		
5. Is the patient under isolation for COVID-19 at this moment?		
6. Has a physician or medical provider indicated NOT to receive this vaccine?		

I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put into his/her body to prevent the infectious disease.

- *I am an adult who can legally consent for the person named above to get the vaccine.*
- *I freely and voluntarily give my signed permission for the vaccines.*

The individual or legal guardian of the above person has been informed of the benefits and risks of the vaccine(s) and consents for the identified person to be immunized Yes No

Patient/Parent or Legal Guardian Name: _____ **Signature:** _____

Relationship to the Patient: _____ **Date:** _____

*****CLINIC USE ONLY*****

<u>Date Given</u>	<u>Vaccine Given</u>	<u>Mfg</u>	<u>VIS Date</u>	<u>Lot #</u>	<u>Site Used</u>	<u>Adm. Title/signature</u>
	Influenza					

***** City of El Paso Department of Public Health *****

5115 El Paso Dr. El Paso TX. 79905

(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

Apellido: _____ **Primer Nombre :** _____ **Segundo Nombre:** _____ **Edad:** _____

Género: M/ F **Embarazada:** Sí/No/Probablemente **Raza:** _____ **Fecha de Nacimiento (Mes/ Día /Año):** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de Teléfono: _____ **Clínica de Vacunación:** _____ **Fecha (Mes/ Día /Año):** _____

SEGURO MEDICO

- No tiene seguro médico
- Seguro médico privado (BC/BS, Aetna, etc...)
- Medicaid
- Medicare
- CHIP

INGRESOS DEL HOGAR

- Menos de \$20,000
- 20,001-40,000
- 40,001-60,000
- 60,001-80,000
- 80,000-100,000
- Más de 100,000

NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR _____

MEDICAL HISTORY

	SI	NO
1. ¿Está el paciente (Niño/ Adulto) enfermo hoy?		
2. ¿Tiene el paciente alergia severa al huevo que requiera hospitalización?		
3. ¿Ha tenido el paciente una reacción severa a la vacuna contra la influenza en el pasado?		
4. ¿Ha tenido el paciente una condicion llamada Sindrome Guillain Barre (GBS)?		
5. ¿Está el paciente en aislamiento por COVID-19 en este momento?		
6. ¿Algún medico o proveedor médico ha indicado NO recibir esta vacuna?		

Sé que la persona que está recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa.

- Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada arriba.
- Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Paciente/Padre o Guardian Legal: _____ **Firma:** _____

Parentesco con el paciente: _____ **Fecha:** _____

*****PARA USO DE LA CLINICA SOLAMENTE*****

<u>Date Given</u>	<u>Vaccine Given</u>	<u>Mfg</u>	<u>VIS Date</u>	<u>Lot #</u>	<u>Site Used</u>	<u>Adm. Title/signature</u>
	Influenza					