

**BRUNSWICK COUNTY HEALTH SERVICES
IMMUNIZATION/TB SKIN TEST CONSENT FORM**

If you will not be accompanying your child to his/her immunization appointment, please do the following:

1. Complete a form for each child with an appointment and send it with the person bringing your child(ren)
2. If available, attach a copy of your child's "shot record" to the form
3. If you are not sure what vaccines your child needs, call our immunization nurse at (910) 253-2330.

Please provide the following information about your child (please print):

Child's Legal Name: _____ Birth Date: _____ Sex: _____ Race: _____

Parent/Legal Guardian's Name: _____

Best phone number to reach you at if we need to call you during your child's visit: _____

Allergies:

☐ No – My child has no medical allergies

☐ Yes – My child is allergic to:

Describe the reaction: _____

Has your child had a serious reaction to a vaccine in the past?

☐ No

☐ Yes If yes, what vaccine and describe the reaction: _____

Individual bringing your child(ren) to the appointment: _____

Relationship to child(ren): _____

Please check the vaccines you want Brunswick County Health Services to give your child:

Child Immunizations

- ☐ DTaP vaccine
- ☐ Hib vaccine
- ☐ Polio vaccine
- ☐ Pneumococcal Conjugate (Prevnar 20) vaccine
- ☐ Hepatitis A vaccine
- ☐ Hepatitis B vaccine
- ☐ MMR vaccine
- ☐ Varicella vaccine
- ☐ Influenza vaccine

Older Children/Adolescent Immunizations

- ☐ Meningococcal (ACWY) vaccine
- ☐ Serogroup B Meningococcal vaccine
- ☐ Tdap vaccine
- ☐ HPV (Gardasil 9®) vaccine
- ☐ Hepatitis A vaccine
- ☐ Hepatitis B vaccine
- ☐ MMR vaccine
- ☐ Varicella vaccine
- ☐ Influenza vaccine

TB Skin Test

☐ Tuberculin Skin Test

I understand that my signature will serve as consent for the vaccinations checked above, filing insurance claims and authorizing payment of benefits to the licensed healthcare provider for services rendered. I understand as the parent/legal guardian I will be responsible for any co-pays, deductibles, or non-covered charges. Students underinsured or without insurance may qualify for state supplied vaccine.

*

Parent/Legal Guardian Signature

Date

Insurance Information:

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

☐ Other Insurance not listed above:

☐ Medicaid Plan (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.

FORMULARIO DE PERMISO PARA INMUNIZACIÓN de BRUNSWICK COUNTY HEALTH SERVICES

Si no acompañará a su hijo/a a su cita de vacunación, por favor haga lo siguiente.

1. Complete un formulario para cada niño con una cita y envíelo con la persona que trae a su niño(a).
2. Si esta disponible, ajusté el "registro de vacunas" de su hijo al formulario.
3. Si es necesario, llame a la enfermera de inmunizaciones para hablar sobre las necesidades de inmunizaciones/Prueba cutánea de tuberculosis de su hijo/a al (910)-253-2279.

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 _____

Nombre del Padre/Tutor Legal _____

El mejor número de teléfono para comunicarnos con usted si necesita llamarlo durante la visita de su niño/a: _____

Alergias:

- ☐ No – Mi hijo/a no tiene ninguna alergia medica
- ☐ Si – Mi hijo/a tiene alergia a:
Describir la reacción: _____

¿Ha tenido su hijo/a una reacción grave a una vacuna en el pasado?

- ☐ No
- ☐ Si Si sí, que vacuna y describir la reacción: _____

Persona que lleva a su (s) hijo (s) a la clínica: _____

Relación con el (los) niño (s): _____

Por favor marque las vacunas que desea que Brunswick County Health Services le dé a su hijo:

Vacunas Infantiles

- ☐ Vacuna DTaP
- ☐ Vacuna Hib
- ☐ Vacuna Polio
- ☐ Vacuna Pneumococcal Conjugate (Prevnar 20)
- ☐ Vacuna contra el Hepatitis A
- ☐ Vacuna contra el Hepatitis B
- ☐ Vacuna MMR
- ☐ Vacuna contra la Varicela
- ☐ Vacuna contra la gripe

Inmunizaciones Para Adolescentes

- ☐ Vacuna meningocócica (ACWY)
- ☐ Vacuna contra el meningococo del serogrupo B
- ☐ Vacuna Tdap
- ☐ Vacuna HPV (Gardasil 9®)
- ☐ Vacuna contra el Hepatitis A
- ☐ Vacuna contra el Hepatitis B
- ☐ Vacuna MMR
- ☐ Vacuna contra la Varicela
- ☐ Vacuna contra la gripe

Prueba Cutánea de TB

- ☐ Prueba cutánea de tuberculosis

Entiendo que mi firma servirá como consentimiento para las vacunas marcadas anteriormente, para presentar reclamos de seguro y autorizar el pago de beneficios al proveedor de atención medica autorizado por los servicios prestados. Entiendo que el padre/tutor legal será responsable de los copagos, deducibles o cargos no cubiertos. Los estudiantes con seguro insuficiente o sin seguro pueden calificar para las vacunas suministradas por el estado.

*

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Información del Seguro:

Mi hijo es (marque (√) todo lo que aplique): ☐ indio americano o ☐ Nativo de Alaska

Marque (√) Tipo de seguro:

☐ Seguro Privado: ☐ Aetna ☐ BCBS ☐ Cigna ☐ Health Choice ☐ Tricare ☐ UHC

☐ otro seguro no listado:

☐ Medicaid (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: _____ REQUERID

Numero de Grupo: _____

Por favor asegúrese de marcar su Seguro. Escriba su número de póliza y el número de grupo en el espacio proporcionado.