



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Champaign County Public Health Department



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District

Consentimiento para Vacunación

Residencia:

- Ciudad de Champaign-Urbana
- Fuera del Condado de Champaign
- Otro _____

Fecha de servicio _____ / _____ / _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Hombre Mujer

Número de teléfono _____

(para uso profesional)

BILLING INFORMATION

Medicaid# _____

Medicare# _____

Cash Check Credit Card Amount _____

INFLUENZA (\$35)

Manufacturer _____

Vaccine Lot# _____

Exp Date _____

Given IM (R L) Deltoid / Thigh

PNEUMOVAX (\$71)

Manufacturer _____

Vaccine Lot# _____

Exp Date _____

Given IM / SC (R L) Deltoid / Thigh

Signature _____

Yo he recibido el Folleto de Información de Vacunas para la vacuna que recibo hoy.

Yo he recibido información sobre HIPPA.

Firma _____ Fecha _____

Para mas información sobre la gripa, vacunas, y otros servicios ofrecidos por Distrito de Salud Publica de Champaign-Urbana, visita nuestra sitio en www.c-uphd.org o llame al 217-352-7961.

NADIE SERA RECHAZADAS POR INHABILIDAD DE PAGAR