



**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](http://www.c-uphd.org) o llame al 217-352-7961.

**NADIE SERA RECHAZADAS POR INHABILIDAD DE PAGAR**