



The Austin Diagnostic Clinic Influenza Vaccine Consent Form

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ N.º de hist. clín.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____ SEGURO: _____

Temp: _____ (100.4 F or greater should not receive vaccine today)

ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

La persona que será vacunada ¿está enferma hoy?	Sí	No
La persona que será vacunada ¿es alérgica a los huevos o a un componente de la vacuna?	Sí	No
La persona que será vacunada ¿ha tenido alguna vez una reacción a la vacuna contra la influenza en el pasado?	Sí	No
La persona que será vacunada ¿ha tenido alguna vez síndrome de Guillain-Barré?	Sí	No
¿Se le ofreció o entregó una Declaración de Información (VIS) acerca de esta vacuna? VIS: Vacuna contra la Influenza (08/06/2021) 42 U.S.C. § 300aa-26	Sí	No

He leído, o se me ha explicado, la información acerca de la enfermedad y la vacuna mencionadas anteriormente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna citada y solicito que se aplique la vacuna a mí o a la persona mencionada anteriormente por la que estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Firma del paciente o tutor

Fecha

TO BE COMPLETED BY ADC STAFF

	INJECTION	DOSE	Vaccine CPT code	Administration Code		DESCRIPTION	ICD 10 CODE
ADULT	Influenza (Adult)	0.5ml	90686	90471		Fluarix Quadrivalent Vaccine	Z23
	Influenza (Adult) Egg-Free	0.5ml	90674	90471		Flucelvax Quadrivalent Vaccine	Z23
	Influenza (Adult) High Dose	0.5ml	90694	90471		Fluad High Dose Quadrivalent Vaccine	Z23
PEDIATRICS (Private Ins.)	INJECTION	DOSE	Vaccine CPT code	Admin Code for up to 18 YO	Admin with Counseling up to 18 YO	DESCRIPTION	CODE
	6 mo. -18 yrs.	0.5ml	90686	90471	90460	Fluarix Quadrivalent Vaccine	Z23
PEDI VFC	6 mo. -18 yrs.	0.5ml	90686	90471	90460	Fluarix/Fluzone Quadrivalent Vaccine (VFC Stock)	Z23
PEDI VFC	6 mo. -18 yrs.	0.25ml	90686	90471	90460	Fluzone Quadrivalent Vaccine (VFC Stock) – First Flu Shot 6mo-35mo.	Z23
SHOTS FOR TOTS	6 mo. - 18 yrs.			90471- \$14.85		Any flu vaccine under shots for tots program. (Do not bill separate vaccine CPT code)	Z23

Brand (Circle one): GSK Sanofi Seqirus Lot #: _____

Site: Deltoid/Thigh R or L

Administered by: _____ Date: _____