



King's Pharmacy
 139 N LHS Dr Ste 211.
 Lumberton, TX 77657
 Phone: (409) 755-1145
 Fax: (409) 755-1314

CORPORATION USO EXCLUSIVO

----- *Por favor complete todos los campos siguientes* -----

Vacunas que necesita hoy: Flu Pneumonia

INSURANCE ID NUMBER

método de pago: Medicare Paga del uno mismo
 Insurance (entregar informática por favor)

Nombre: _____

Residencia: _____
STREET CITY STATE ZIP

E-Mail: _____ **Residencia:** _____

Fecha de nacimiento _____ **Edad:** _____ Male Female

- ¿Tienes alergias de látex? sí no
- ¿Tienes alergias de los huevos? sí no
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción a alguna vacuna? sí no
- ¿Tienes un gripe o tomas antibióticos? sí no
- ¿Está embarazada? (Prescripción necesario si menos de 14 semanas) sí no
- ¿Fumas? sí no

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

MEDICARE ES MI COBERTURA PRIMARIA O YO SERÉ RESPONSABLE POR EL PAGO.

Por favor, inicial

Yo autorizo a King's Pharmacy para recibir el pago de servicios. Se me ha informado de que existe el riesgo de efectos adversos con cualquier otra vacuna incluidos los enumerados anteriormente. También entiendo que hay posibles efectos secundarios asociados con estas vacunas (fiebre, malestar, hinchazón en el lugar). Estoy solicitando que esta inmunización se que me han dado y la liberación de King's Pharmacy, cualquier sitio al por menor, farmacia, corporación, el médico y / o director médico y sus respectivas filiales. King's Pharmacy y las partes mencionadas no se hace responsable de cualquier pérdida, lesión, muerte o daños sufridos como resultado de este programa de vacunación o la administración de la vacuna.

 Firma

 Fecha

******* POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA *******

VACCINE INFORMATION SHEET

VERSION: 08/05/2019 **INITIALS:** _____

For Pharmacist Use Only--- For Pharmacist Use Only--- For Pharmacist Use Only

- Fluzone Quad Lot# P100239705 Exp. 05/20/2021
- Pneumovax 23 Lot# _____ Exp. _____
- Prevnar-13 Lot# _____ Exp. _____
-

AT AM BB