



KENT COUNTY

KENT COUNTY HEALTH DEPARTMENT

LELAND D. SPENCER, M.D., M.P.H., MEDICAL DIRECTOR
125 S. Lynchburg Street, Chestertown, Maryland 21620 Phone: (410) 778-1350



STATE OF MARYLAND

***** Have your Insurance Card out and ready to be scanned*****

Please **Print** information about client

_____ D.O.B. ____/____/____
Last Name First Name MI Age Month Day Year

Street Address _____

_____ Phone: _____
City State Zip

Race: Caucasian African American Hispanic Other: _____

Sex: Male Female

School: Galena ____ Garnett ____ KCMS ____ KCHS ____ Rock Hall ____ Other - Name _____

Payment Options:

Cash- amount \$ _____ **No Charge -- VFC Age 18 or younger**

Medicare # _____ **Medical Assistance #** _____
Medicare A & B Yes No **Insurance Name:** Amerigroup-MPC-PP-UHC-UMHP

I acknowledge that I have received today or have received in the past, a copy of the notice of Privacy Practices with an effective date of July 1, 2017. I have read or have had explained to me the information in the vaccine information statement.

Client Signature: _____ **Date:** _____

Parent Signature: _____ **Date:** _____

This section is for staff only

VIS Date	08/15/2019	8/15/2019	8/15/2019	08/15/2019
VIS Date Given				

Vaccine	Fluzone	Flublok	High Dose Fluzone	Fluarix (Quad)
Date				
Vaccine Lot & Expiration				
Site of Injection	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT
Signature of vaccinator				



CONDADO DE KENT

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE KENT

LELAND D. SPENCER, MD, MPH, MEDICAL DIRECTOR
125 S. Lynchburg Street, Chestertown, Maryland 21620 Teléfono: (410) 778-1350



ESTADO DE MARYLAND

***** Tenga su tarjeta de seguro lista para ser escaneada*****

Por favor **Imprima** información sobre el cliente

Apellido _____ Nombre _____ MI _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Dia Año

Dirección _____

Teléfono: _____

Ciudad _____

Código Postal _____

Raza: Caucásico Afroamericano Hispano Otro: _____

Sexo: Hombre Mujer

Escuela: Galena _____ Garnett _____ KCMS _____ KCHS _____ Rock Hall _____ Otra _____

Pagos:

Cantidad en efectivo \$ _____ **No Charge - VFC child 18 years or younger**

Medicare # _____ **Medical Assistance #** _____

Medicare A o B Sí No

Nombre del seguro médico: Amerigroup-UHC-MPC-PP-UMHP

Reconozco que he recibido hoy o en el pasado, una copia del aviso de prácticas de privacidad con fecha de es efectiva el 1 de Julio de 2017. He leído o me han explicado la información en la declaración de información de la vacuna.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

This section is for staff only

VIS Date	08/15/2019	8/15/2019	8/15/2019	08/15/2019
VIS Date Given				

Vaccine	Fluzone	Flublok	High Dose Fluzone	Fluarix (Quad)
Date				
Vaccine Lot & Expiration				
Site of Injection	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT
Signature of Vaccinator				