

Flu Shots are FREE with Insurance!

No Insurance, no problem \$39.00 Flu \$100.00 High Dose



B12 Shots are not covered by Insurance: \$20 B12

Payment Method: Circle One

Cash Credit Card PayPal
 Check Cash App Venmo

Amount Collected: _____

Consent for Immunization

First Name (Legal) _____ Last Name _____ Email Address _____
 / / Male Female ()
 Date of Birth: _____ Check One Box _____ Phone Number _____
 Home Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Please check immunization(s) requested:
 FLU B12 High Dose Flu (65 plus)

Medical Questions

Have you ever had a reaction to a vaccination? Yes No Are you allergic to eggs? Yes No
 Have you had a fever in the last 24 hours? Yes No Do you have Guillain-Barre syndrome? Yes No
 Female: Are you pregnant or breastfeeding? Yes No
 For B12 Only: Do you have history of gout, lebers disease, kidney or liver disease? Yes No

Insurance Information

Primary Insurance Provider _____ Member ID _____ Group Policy Number _____
 Male Female
 Policy Holder Name _____ Gender _____ Date of Birth _____ Relationship _____

By signing this document, I have verified that all information provided is correct and I have read the appropriate information regarding immunization(s) I will receive today. I am aware of any risks or possible side effects that may occur. I understand that Total Wellness will do everything possible to receive reimbursement from my health insurance for vaccination(s) that I received today. In the event that Wellness does not receive reimbursement, I acknowledge that I'm responsible for payment to Total Wellness for the vaccination(s).

Signature: _____ Date: ____ / ____ / 2024

Patient Initials Next to Shot(s) Requesting Today		For Staff Use Only					
	Flu	Lot:	Exp:	Left	Right	Staff Initials	
	B12	Lot:	Exp:	Left	Right	Staff Initials	
	High Dose Flu (65+)	Lot:	Exp:	Left	Right	Staff Initials	

TW staff provided immunizations to patient without difficulty and observed no adverse reaction

Staff Name(Print) _____ Staff Signature _____ Date _____

Consent for Immunization

Nombre (legal)

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono

Dirección de casa

Por favor marque las vacunas solicitadas: gripe

Preguntas médicas

¿Alguna vez ha tenido una reacción a una vacuna? Sí No ¿Eres alérgica a los huevos? Sí No
 ¿Ha tenido fiebre en las últimas 24 horas? Sí No ¿Tienes el síndrome de Guillain-Barré? Sí No
 Mujer: ¿Estás embarazada o amamantando? Sí No
 Solo para B12: ¿Tiene antecedentes de gota, enfermedad de Leber, enfermedad renal o hepática? Sí No

Insurance Information

Proveedor de seguros primario

Identificación de miembro

Número de póliza de grupo

Nombre del titular de la póliza

Género

Fecha de nacimiento

Relación

Proveedor de seguros secundario

Fecha de nacimiento

Número de póliza de grupo

Nombre del titular de la póliza

Género

Fecha de nacimiento

Relación

Al firmar este documento, he verificado que toda la información proporcionada es correcta y he leído la información apropiada sobre las vacunas que recibiré hoy. Soy consciente de los riesgos o posibles efectos secundarios que puedan ocurrir. Entiendo que Total Wellness hará todo lo posible para recibir un reembolso de mi seguro médico por las vacunas que recibí hoy. En caso de que Total Wellness no reciba el reembolso, reconozco que soy responsable del pago a Total Wellness por las vacunas.

Firma

Fecha

Para uso exclusivo del personal MÉDICO

	Lot:	Exp:	Left	Right	Staff Initials	
Flu						
High Dose Flu (65+)						
TDAP						
Shingles						
HepB						
B12						

TW staff provided immunizations to patient without difficulty and observed no adverse reaction

Staff Name(Print)

Staff Signature

Date