

2020-2021 Seasonal Influenza Vaccination Screening/Consent Form

Please check <input checked="" type="checkbox"/> Yes or No to ALL the following questions for the person receiving the vaccine.	Yes	No	
1. Do you have a fever or feel sick today?			
2. Is this your first time receiving the flu vaccine?			
3. Have you had a serious reaction to influenza (flu) vaccine or a vaccine component?			
4. Are you pregnant or do you think you might be pregnant?			
5. Do you have a severe allergy to eggs?			
6. Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (GBS)?			
Section A: Inactivated Influenza Vaccine (IIV) - SHOT		Yes	No
1. Do you have a severe allergy to thimerosal? (A preservative used in some vaccines)			
Section B: Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) - MIST		Yes	No
1. Are you younger than age 2 years or older than age 49 years?			
2. Do you have any of the following conditions: Asthma, Heart disease, Lung disease, Kidney disease, Metabolic disease (i.e. diabetes), CSF leak, cochlear implants, functional or anatomical asplenia (no spleen or non – working spleen), Liver disease (i.e. hepatitis, cirrhosis), Blood disorder (i.e. leukemia, lymphoma, sickle cell disease), Weakened immune system (i.e. HIV/AIDS, steroid therapy or cancer treatment).			
3. Has your child (under 5 years of age) been diagnosed with wheezing in the last 12 months? (Applies only to children less than 5 years of age)			
4. Is your child currently receiving long term aspirin therapy or a medicine containing aspirin? (Applies only to children less than 18 years of age)			
5. Have you received a live vaccine within the last 4 weeks (e.g., MMR, Varicella, LAIV, shingles)?			
6. Do you have close contacts and/or caregivers of severely immunosuppressed persons?			
7. Have you taken any antiviral medication within the last 17 days?			

Please print neatly in capital letters as shown in the example:

E	X	A	M	P	L	E	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Please shade circles completely

Correct: ● Incorrect: ⊗ ∅

Personal Information: Provide information as completely as you can. All information will be kept confidential.

First Name	Last Name	MI
Street Number	Street Name	Apt. Number
City	Zip code	State
Phone	Date of Birth	Age (Years) <small>If <1 year, age in months</small>
	<small>M M / D D / Y Y Y Y</small>	

Race/Ethnicity (Choose one)

Asian
 Black/African American
 Hispanic/Latino
 White
 Native Hawaiian/Pacific Islander
 American Indian/Alaskan Native
 Multi-race
 Other

What type of health insurance do you have? (Check all that apply)

None
 Medi-Cal
 Private (e.g., Anthem Blue Cross, Kaiser)
 Medicare
 I don't know
 Other

Sex at birth: M F

If minor, print name of parent or legal guardian:

I have read and understand the Vaccine Information Statement(s) (VIS) for the flu vaccine I will be receiving. I understand the benefits and risks of influenza vaccine and request that the vaccine be given to ME MY CHILD.

Signature of person receiving vaccine OR Parent/Guardian _____ **Date** _____

STOP – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Screening	LAIV (MIST)	IIV (SHOT)	Screening completed by:
Eligible?	YES	NO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Dispensing

Site: <input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	Signature and Date:
Dosage: <input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL (flumist)	
Lot No: Exp date: Manf:	

2020-2021 Seasonal Influenza Vaccination Screening/Consent Form

Marque SI or NO a TODAS las siguientes preguntas para la persona recibiendo la vacuna	Si	No
1. ¿Tiene fiebre o está enfermo hoy?		
2. ¿Es la primera vez que usted recibe la vacuna contra la gripe?		
3. ¿Usted ha tenido alguna reacción a la vacuna contra la gripe o algún componente de la vacuna?		
4. ¿Esta usted embarazada o piensa que puede estar embarazada?		
5. ¿Tiene usted a una alergia severa a los huevos?		
6. ¿Usted ha tenido el síndrome de Guillan-Barre (GBS)?		
Sección A: Vacunas Inactivas de la Gripe (IIV - SHOT)	Si	No
1. ¿Tiene alguna alergia severa a timerosal, un preservativo usado en algunas vacunas?		
Sección B: Vacuna Antigripal viva atenuada (LAIV) - MIST	Si	No
1. ¿Es usted menor de 2 años o mayor de 49 años?		
2. ¿Tiene usted o su hijo/a a alguna condición médica de largo plazo? Tal como: Asma, enfermedad cardiaca, enfermedad pulmonar, enfermedad del hígado (hepatitis, cirrosis), enfermedad del riñón, enfermedad metabólica (tal como diabetes), desorden de sangre (leucemia, linfoma, enfermedad de célula de hoz), sistema inmunológico debilitado (i.e. VIH/SIDA, terapia de esteroide o tratamiento de cáncer) Fuga CSF, implantes cocleares, asplenia funcional or anatomina (sin bazo o bazo que no funciona)		
3. ¿Ha sido su niño/a (menor de 5 años) diagnosticado/a con resuello ronco o asma?		
4. ¿Esta su hijo/a adolescente actualmente recibiendo terapia de aspirina a largo plazo o medicina que contiene aspirina? (Aplica solamente a jóvenes menores de 18 años)		
5. ¿Usted ha recibido la vacuna contra MMR (sarampión-paperas-rubéola) o contra la Varicela (varicela), o vacuna viva de la gripe o vacuna contra la culebrilla (shingles) en las últimas 4 semanas?		
6. ¿Usted vive con o en contacto cercano con una persona con el sistema inmunológico débil que debería estar en un ambiente protegido, por ejemplo un cuarto de hospital con el flujo de aire reverso o unidad de trasplante de medula?		
7. ¿Ha tomado algun medicamento antiviral en los ultimos 17 días?		

Por favor escriba claramente con letra imprenta mayúscula como aparece en el ejemplo:

E	J	E	M	P	L	O		1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---

Por favor rellene los círculos por completo como aparece en el ejemplo:

Correcto: ● Incorrecto: ⊗ ∅

Información personal: Provea la información de la manera más completa posible. Toda la información será confidencial.

Nombre			Apellido			MI
Número Dirección		Nombre de la calle			Número del apartamento	
Ciudad				Código postal		Estado
Número de teléfono			Fecha de nacimiento			Edad (años)
			M M / D D / Y Y Y Y			Si es menor de 1 año, la edad en meses

Raza/origen étnico (elija uno)

<input type="radio"/> Asia	<input type="radio"/> Negro/Afroamericano	<input type="radio"/> Latino	<input type="radio"/> Blanco
<input type="radio"/> Nativo hawaiano/ Isleño del Pac.	<input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Multirracial	<input type="radio"/> Otro

¿Qué tipo de seguro de salud tienes? (elija uno)

<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Medi-Cal
<input type="radio"/> Seguro privado (ex Anthem Blue Cross, Kaiser)	<input type="radio"/> Medicare
<input type="radio"/> Yo no sé	<input type="radio"/> Otro seguros

Sexo: M F **Sí es menor, nombre del padre o tutor legal:**

He leído y entiendo la Declaración de Información sobre Vacunas y para la vacuna contra la gripe. Estoy de acuerdo en que la vacuna puede ser administrada a MÍ o A MI HIJO/A.

Firma de la persona que recibe la vacuna o del padre/tutor Fecha

PARE – NO ESCRIBA A PARTIR DE ESTA LINEA

Screening	LAIV (MIST)	IIV (SHOT)	Screening completed by:
Eligible? YES NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Dispensing

Site: RD RT LD LT Intranasal

Dosage: 0.25 mL 0.50 mL 0.2 mL (flumist)

Lot No: **Exp date:** **Manf:**

Signature and Date: