Flu Vaccination Consent Form 2015 - 2016

Apellido | **Primer Nombre** | **Inicial**

Domicilio de Casa (número de casa y nombre de calle) | **Número de apartamento**

Ciudad | **Código postal** | **Género** ○ Masculino ○ Femenino

Solamente el primer nombre de la mama del paciente | **Fecha de nacimiento** (ejemplo 05/22/1982) / /

Número de teléfono - -

Edad | **Bebé (meses)**

Raza/Origen étnico (elige uno): ○ Asiático ○ Negro / Afroamericano ○ Hispano / Latino ○ Blanco ○ Nativo de Hawái / Isleño del Pacifico ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Multiracial ○ Otro

¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? ○ Ninguno ○ Privada (ej. Anthem Blue Cross, Kaiser Permanente) ○ Medi-Cal/Medicaid ○ Medicare ○ No sé ○ Otro seguro: _____

1. ¿Tiene fiebre o está enfermo hoy?	○ Sí	○ No
2. ¿Está embarazada o piensa que puede estar embarazada?	○ Sí	○ No
3. ¿Ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la gripe que requiere ayuda médica?	○ Sí	○ No

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA. | **Si es menor de 18 años de edad, escriba el nombre del padre o del guardián legal en letra de molde.**

Firma

STOP - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE | **SCREENER INITIALS**

4. Do you have a severe allergy to eggs?	[If YES, See Allergy Guidelines]	○ Yes	○ No
5. Do you have an allergy to thimerosal?		○ Yes	○ No
6. Do you have an allergy to latex?	[Do not use Novartis single-dose syringes]	○ Yes	○ No
7. Have you received any of these vaccines in the last 4 weeks?	[MMR, Varicella, LAIV, Shingles]	○ Yes	○ No
8. Do you have any of the following conditions? (Heart, Lung, Kidney or Liver Disease; Asthma; Cancer; Metabolic disease (i.e. diabetes); Blood Disorders (i.e. leukemia, lymphoma, sickle cell disease) Immune System Disorder (i.e. HIV/AIDS, steroid therapy)	[If YES, administer IIV ONLY]	○ Yes	○ No
9. Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (GBS)?		○ Yes	○ No
10. Have you taken any antiviral medication in the last 48 hours?	[Contraindicated for LAIV]	○ Yes	○ No

If the vaccination is for a child, ask these questions: [If YES to either, adminster IIV ONLY]

11. If child is <5 years, have they been diagnosed with with wheezing in the last 12 months?	○ Yes	○ No	○ N/A
12. Is the child taking long term medicine therapy containing ASPIRIN?	○ Yes	○ No	○ N/A

Manufacturer and Lot Number **Flu Vaccine VIS (IIV) 08/07/2015**

INACTIVATED (Flu Shot - IIV) GSK=GlaxoSmithKline Nov=Novartis SP=Sanofi Pasteur CSL=bioCSL PS=Protein Sciences

Manufacturer ○ GSK ○ NOV ○ SP ○ CSL ○ PS **Dose** ○ 1 ○ 2 **Dosage** ○ 0.25mL ○ 0.50mL **Site** ○ LD ○ RD ○ LT ○ RT

Lot #

Manufacturer and Lot Number **Flu Vaccine VIS (LAIV) 08/07/2015**

LIVE (Nasal Spray - LAIV) **REMINDER LAIV Is Only For Healthy Clients 2 Thru 49 Years of Age Who Are NOT Pregnant**

Manufacturer ○ MI MI=MedImmune **Dose** ○ 1 ○ 2 **Dosage** ○ 0.20mL **Site** ○ Intranasal

Lot #

Date Administered (MM/DD/YYYY) (example 10/20/2015) / /

PLEASE PRINT CLEARLY

Admin Initials:

Print Nurse Name & Title: | Nurse Signature:

Spanish