

First time? **Yes** or **No**

Seasonal Flu Vaccine Screening / Consent Form



The following questions will help determine if there is any reason we should not give you or your child inactivated injectable influenza vaccination today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

Patient's
First Name: _____ **Patient's**
Last Name: _____ **Patient's**
Date of Birth: ____/____/____
Address _____ **City:** _____ **Zip**
Code: _____ **Age:** _____
Phone
Number: _____ **Gender:** _____ **Mother's**
First Name: _____

Race and Ethnicity Information (check all that apply)

- Asian American Indian or Alaska Native Black or African American
 White Native Hawaiian or Other Pacific Islander Hispanic or Latino
 Other _____ More than One Race

Health Insurance Information (check all that apply) – This service is free, you will not be charged

- Alameda Alliance – Medi-Cal Blue Cross – Medi-Cal Kaiser – Medi-Cal No insurance
 United Health Care Blue Cross – Private Kaiser – Private Cigna
 Blue Shield Health Net Aetna Other: _____

Medical Information

1. Do you feel sick today or have a fever? Yes No
 2. Do you have allergies to medications, eggs, a vaccine component, or latex? Yes No
 3. Have you ever had a serious reaction after receiving a flu vaccination? Yes No
 4. Have you ever had Guillain Barre Syndrome? (A severe paralytic illness also called GBS) Yes No
 5. For women: Are you pregnant or currently breastfeeding? Yes No

VACCINE ADMINISTRATION CONSENT SIGNATURE

I received a copy of the Influenza vaccine information statement (VIS). I read it or had it explained to me. I had an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and the risks of the vaccine and request that the vaccine indicated be given to me or to the person named on the registration form for which I am authorized to make this request.

Authorized Signature: Date: _____
 (Self/Parent/Guardian)

The California Immunization Registry (CAIR) is a confidential, secure computer system supported by the California Department of Health. The system makes it easier for doctors, patients and parents to keep track of shots over a lifetime. Thousands of California doctors use CAIR. A record of the vaccine you received today will be entered in the CAIR system. Check this box if you DO NOT want your vaccination to be shared with healthcare providers who use CAIR.

FOR STAFF USE ONLY

After completion, please Fax this to 510-268-2333 or send copies to ACPHD, Attn: Ella Leung, 1000 Broadway, Suite 500 – Oakland CA 94607

Vaccine type: _____ Dose: _____ Manufacturer: _____
 Lot #: _____ Expiration Date: _____ Injection Site: RD LD LT RT
 Clinic/Site Name and City _____ Credential: _____
 Dispensing Health Care Provider's Name and Signature: _____ MD RN LVN NP PA Paramedic EMT AEMT
 Name: _____ Signature: _____ Date: _____

First time? **Yes** or **No**

Influenza (Gripe) -- Formulario para Registro de Vacuna



Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual hoy no debemos vacunar a usted o a su hijo/ hija con la vacuna contra la influenza inactivado. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted o su hijo/ hija no deberían vacunarse. Simplemente significa que va a tener que responder a algunas preguntas adicionales que les vamos a hacer. Si una pregunta no está clara o usted no lo entiende, consulte a su proveedor de atención médica para que se la explique.

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Domicilio # Calle: _____ **Cuidad:** _____ **CP:** _____ **Edad:** _____

Teléfono: _____ **Sexo:** _____ **Nombre de su madre:** _____

Raza u Origen Étnico: (Marque todas las opciones que correspondan)

Asiático Indio Estadounidense o Nativo de Alaska Americano Negro o Afroamericano

Blanco Nativo de Hawái o de las islas del Pacifico Hispano o Latino

Otro _____ Mas de una raza

Información sobre seguros médicos (Marque todas las opciones que correspondan) – Este servicio es gratis, no se le cobrará a usted

Alameda Alliance – Medi-Cal Blue Cross – Medi-Cal Kaiser – Medi-Cal No tiene seguro

United Health Care Blue Cross – Privado Kaiser – Privado Cigna

Blue Shield Health Net Aetna Otro: _____

Antecedentes Médicos – Es necesario que conteste todas las preguntas

1. ¿Estás enferma/o hoy? ¿Tienes fiebre? Sí No
2. ¿Eres alérgico al látex, huevos, medicamento o algún componente de la vacuna? Sí No
3. ¿Has tenido alguna vez una reacción severa después de recibir una vacuna de influenza? Sí No
4. ¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barre? Sí No
5. Para las mujeres: ¿Está embarazada o amamantando? Sí No

Autorización para la Administración de la Vacuna contra la Influenza

He leído o me han explicado la “Hoja de Información Sobre la Vacuna Contra la Influenza.” He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que se me administre o se le administre a la persona por quien estoy autorizando(a) para efectuar esta solicitud.

Firma: Fecha: _____
(Yo / Padre / Guardián)

El Registro de Vacunación de California (CAIR, por sus siglas en inglés) es un sistema informático seguro y confidencial administrado por el Departamento de Salud Pública de California que pone la información sobre vacunación a disposición de los proveedores de atención médica, incluyendo muchos médicos locales. Su registro de vacuna a partir de hoy se ingresará en CAIR. Marque este cuadro si NO quiere que la información sobre su vacuna sea divulgada a los proveedores de atención médica que usan el CAIR.

FOR STAFF USE ONLY

After completion, please Fax this to **510-268-2333** or send copies to ACPHD, Attn: Ella Leung, 1000 Broadway, Suite 500 – Oakland CA 94607

Vaccine type: _____ Dose: _____ Manufacturer: _____

Lot #: _____ Expiration Date: _____ Injection Site: RD LD LT RT

Clinic/Site Name and City _____ Credential: _____

Dispensing Health Care Provider’s Name and Signature: _____ MD RN LVN NP PA Paramedic EMT AEMT

Name: _____ Signature: _____ Date: _____