

Injectable Influenza Vaccination Screening and Consent Form

Please read the provided Vaccine Information Statement and CAIR Immunization Registry Notice before signing the consent.

Name: _____ Birthdate _____ Age _____
 Gender (circle one) Male Female Ethnicity _____
 Address _____ City _____ ZIP _____
 Phone# _____ Mother's First Name: _____

Please answer YES or NO to the following questions: (circle)

Are you sick?	Yes	No
Have you ever had a serious reaction to flu vaccine?	Yes	No
Are you allergic to eggs or a component of the flu vaccine?	Yes	No
Have you ever had Guillain-Barre Syndrome?	Yes	No
Children and teenagers only: Are you receiving aspirin therapy or aspirin-containing therapy?	Yes	No

If the answer is No to all questions, you may receive the injectable flu vaccine.

Important Note:

Children under 9 years of age may need two doses during the same flu season. Please refer to your healthcare provider.

I have read or had explained to me the vaccine information statement for the Influenza Vaccine. Any questions have been answered to my satisfaction.

I give my consent to receive the Influenza Vaccine. Or, I, as parent/guardian, give permission for the above named minor to receive the Influenza Vaccine.

Patient Signature _____ Date: _____
 (or Parent/Guardian Signature)

*****Official Use Only*****

Date	VIS date	Vaccine / Mfg	Lot# Exp.Date	Screening RN	IZ Given by	Site	Route
11/3/2021	8/6/21					LD RD	IM

Salud Pública del Condado de Colusa
251 E Webster St., Colusa, CA 95932 • 530/458-0380

Forma de consentimiento para la vacuna de influenza (gripe) inyectada

Favor de leer la Declaración de Información y el aviso sobre el Registro de Vacunación previstos antes de firmar el consentimiento.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Género (circule uno): Masculino Femenino Origen étnico: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Numero de teléfono _____ Primer Nombre de su Madre: _____

Favor de contestar Sí o NO a todas las preguntas: (circule)

Esta enferma/o?	Sí o No
Ha tenido una reacción alérgica a alguna vacuna de influenza?	Sí o No
Esta alérgico/a a huevos o un componente de la vacuna?	Sí o No
Ha tenido el Síndrome Guillain-Barre?	Sí o No
Niños y adolescentes: Esta recibiendo terapia de aspirina o terapia que contiene aspirina?	Sí o No

Si contesto NO a todas las preguntas, puede recibir la vacuna inyectada.

Nota Importante:

Niños menores de 9 años pueden necesitar dos dosis durante la misma temporada de influenza. Por favor de contactar su proveedor médico.

He leído o me explicaron la información de la vacuna, tanto como la vacuna de influenza inyectada. Cualquier pregunta ha sido contestada a mi satisfacción.

Doy consentimiento para recibir la vacuna de influenza. O, Doy consentimiento para que el niño/a mencionado arriba reciba la vacuna de influenza.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____
(Firma del Padre/Guardián legal)

*****Exclusivamente Para Uso Oficial*****

Date	VIS date	Vaccine / Mfg	Lot# Exp.Date	Screening RN	IZ Given by	Site	Route
11/3/2021	8/6/2021					LD RD	IM