

Annual Influenza Consent Form

‘Flu Shot’

Name: _____ DOB: _____ Age: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone Number: _____ Provider: _____

Gender: Male Female Prefer not to disclose

Questions for person receiving vaccination:

Do you have a serious allergy to eggs?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have any other serous allergies? If YES, please list: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

I have read or have had explained to me the information on this form about influenza and the influenza vaccine. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risk of the influenza vaccine and request that the vaccine be given to me or the person named above for whom I am authorized to make this request. I do hereby acknowledge privately offered a receipt of a copy of the Notice of Privacy Practice, Policy, and Procedure. A notice will be sent to your physician informing him/her that our agency has given you a flu shot.

Name: _____ Signature: _____ Date: _____

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

Medicare Part B number as written on Medicare Card: _____

COPY of card: Yes No (copy should be obtained) Private Pay: _____ VFC Eligible: _____

If VFC Eligible: No Insurance State Medicaid Underinsured American Indian/Alaskan Native

Cash Amount: _____ Check Amount: _____ Donation Amount: _____ Check #: _____

NURSES ONLY

Date/Time Administered	Location	Lot #	Nurse Signature



Formulario de consentimiento de vacunación contra la influenza anual 'Vacuna contra la gripe'

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
 Número de teléfono: _____ Proveedor médico: _____
 Sexo: Hombre Mujer Prefiero no revelar

Preguntas para la persona que recibirá la vacuna:

¿Tienes una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene otras alergias graves? Por favor enumere: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez has tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez has tenido síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave y temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir una vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

He leído o me han explicado la información de este formulario sobre la influenza y la vacuna contra la influenza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada a continuación por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Por la presente reconozco la recepción ofrecida en forma privada de una copia del Aviso de Prácticas, Políticas y Procedimientos de Privacidad. Se enviará un aviso a su medico informándole que nuestra agencia le ha administrado una vacuna contra la gripe.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

*****SÓLO PARA USO DE LA OFICINA*****

Medicare Part B number as written on Medicare Card: _____

COPY of card: Yes No (copy should be obtained) Private Pay: _____ VFC Eligible: _____

If VFC Eligible: No Insurance State Medicaid Underinsured American Indian/Alaskan Native

Cash Amount: _____ Check Amount: _____ Donation Amount: _____ Check #: _____

NURSES ONLY

Date/Time Administered	Location	Lot #	Nurse Signature