

INACTIVATED INFLUENZA VACCINE

DATE: _____

SITE: _____

CONTACT: _____

**INFLUENZA PROGRAM
PATIENT SCREENING CHECKLIST / CONSENT FORM / VACCINE ADMINISTRATION RECORD**
PLEASE PRINT CLEARLY

 Patient Name: _____
(Last) (First) (Middle)

Birthdate: ____ / ____ / ____ Age: ____ Gender (please circle): Male / Female

Address: _____ APT #: _____ City: _____ Zip Code _____

Contact Phone: _____

Mother's First Name: _____ Known Allergies: _____

Medical Alert:

Please answer **ALL** of the following questions by placing a check (✓) under **YES** or **NO**. The questions are to be answered for the person receiving the vaccination. The Provider or Nurse giving the vaccination will review the information prior to vaccine administration.

	YES	NO
1. Is the person to be vaccinated sick today? ----- **If YES, please discuss with Provider or Nurse?	**	
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to ANY component of the vaccine? ----- **If YES, please discuss with Provider or Nurse?	**	
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past? ----- **If YES, please discuss with Provider or Nurse?	**	
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barre' syndrome? ----- **If YES, please discuss with Provider or Nurse.	**	
5. Is the person to be vaccinated pregnant? ----- **If YES, please discuss with Provider or Nurse.	**	

Additional notes: _____

Request for Administration of Influenza Vaccine for the above named recipient: I have read or have had explained to me the information contained in the "Vaccine Information Statement" about the disease and the vaccine. I have had the chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccine and request that the vaccine indicated above be given to the person named above for whom I am authorized to make the request.

Patient or Parent/Guardian Signature
Date

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY	
Dose # 1	Dose # 2 (if needed)
DATE GIVEN _____ VACCINE: Afluria / Fluarix / Fluzone LOT# _____ Exp Date _____ MFR: GSK / SANOFI / SEQIRUS VIS Date: 8/6/2021 DOSE: 0.5 ML SITE: LT or RT DELTOID / LT or RT THIGH ROUTE: IM CAIR Disclosure: YES NO Refused Patient education completed: Yes No Nurse or MA Signature _____	DATE GIVEN _____ VACCINE: Afluria / Fluarix / Fluzone LOT# _____ Exp Date _____ MFR: GSK / SANOFI / SEQIRUS VIS Date: 8/6/2020 DOSE: 0.5 ML SITE: LT or RT DELTOID / LT or RT THIGH ROUTE: IM CAIR Disclosure: YES NO Refused Patient education completed: Yes No Nurse or MA Signature _____

CAIR ID:
DATE ENTERED:

**INACTIVATED INFLUENZA
 VACCINE**

DATE: _____

SITE: _____

CONTACT: _____

**PROGRAMA DE LA GRIPE
 LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PACIENTE / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / REGISTRO DE
 ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS**

Favor de Escribir en Letra de Molde

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo)

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo (favor de circular): H / M

Domicilio: _____ APT #: ____ Ciudad: _____ Código Postal _____

Teléfono de contacto: _____

Nombre de la Madre: _____ Alergias conocidas: _____

Alergias/ Alerta Medica:

Favor de contestar TODAS las siguientes preguntas al marcar con la señal (✓) debajo de **SI** o **NO**.
 Las preguntas deben ser contestadas para el/la niño/a recibiendo la vacuna. La enfermera que aplicara la vacuna repasara los datos el día de la vacunación.

	SI	NO
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a algún componente de la vacuna contra la influenza? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
5. La persona que se va a vacunar, ¿está embarazada? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	

Petición para la Aplicación de la Vacuna de la Gripe para el recipiente cuyo nombre aparece arriba: He leído o me han explicado el contenido del folleto "Declaración de Información de la Vacuna y Enfermedad". He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna indicada arriba sea dada a la persona cuyo nombre aparece arriba, por quien estoy autorizada a ser esta solicitud.

Firma del/la Padre/Madre o Guardián

Fecha

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY			
Dose # 1		Dose # 2 (if needed)	
DATE GIVEN _____	VACCINE: Afluria / Fluarix / Fluzone	DATE GIVEN _____	VACCINE: Afluria / Fluarix / Fluzone
LOT# _____	Exp Date _____	LOT# _____	Exp Date _____
MFR: GSK / SEQIRUS / SANOFI	VIS Date: <u>8/6/2021</u>	MFR: GSK / SEQIRUS / SANOFI	VIS Date: <u>8/6/2021</u>
DOSE: 0.5 ML	SITE: LT DELTOID / RT DELTOID	DOSE: 0.5 ML	SITE: LT DELTOID / RT DELTOID
ROUTE: IM	CAIR Disclosure: YES NO Refused	ROUTE: IM	CAIR Disclosure: YES NO Refused
Patient education completed: Yes NO		Patient education completed: Yes No	
Nurse or MA Signature _____		Nurse or MA Signature _____	