



**DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES INFLUENZA VACCINE CONSENT AND ADMINISTRATION RECORD**

**PLEASE PRINT**

<b>Name: Last</b>	<b>First</b>	<b>M.I.</b>	<b>Sex</b>	<b>Race</b>	<b>Latino/Latina?</b>	<b>Birthdate</b>
<b>Street Address:</b>				<b>State</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Telephone Number</b>

	<b>YES</b>	<b>NO</b>
<b>1. Are you (or your child) sick today?</b>		
<b>2. Do you (or your child) have allergies to medicines, food, or previous flu vaccine?</b>		
<b>3. Have you (or your child) ever been told by a doctor that you have Guillain-Barre Syndrome?</b>		
<b>4. Are you (or your child) pregnant?</b>		
<b>5. Do you (or your child) have a chronic health condition? For example, heart, asthma, or diabetes?</b>		
<b>6. Have you (or your child) had any immunizations in the past month?</b>		

**“I have read or have had explained to me the information in the Vaccine Information Statement(s) (VISs) about the vaccine listed below. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccine listed below and ask that the vaccine be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request.”**

**Signature of person to receive vaccine or person authorized to make request:**

X \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**For Clinic use only:  
Clinic Address:**

<b>Date of VIS: (RN please initial)</b>	08/07/2015 _____ RN
<b>Vaccine Given:</b>	
<b>Date Vaccine Administered:</b>	
<b>Vaccine Manufacturer:</b>	
<b>Vaccine Lot Number:</b>	
<b>Vaccine Expiration Date</b>	
<b>Site of Injection: (circle)</b>	0.25 ml / 0.5 ml Deltoid / Thigh -IM Right / Left
<b>Signature of Vaccine Administrator:</b>	

*Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (Escriba en letra de imprenta)*



**DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES INFLUENZA VACCINE CONSENT AND ADMINISTRATION RECORD**

<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Sexo</b>	<b>Raza</b>	<b>Latino/Latina?</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>		
<b>Dirección:</b>			<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono:</b> ( ) _____			
						<b>Si</b>	<b>No</b>	
1. ¿Se siente usted (o su niño) enfermo hoy?								
2. ¿Esta usted (o su niño) alérgico a algún medicamento, comida o vacuna?								
3. ¿Alguna vez le ha informado su doctor si usted (o su niño) tiene el síndrome de Guillain-Barre?								
4. ¿Esta usted (o su niño) embarazada?								
5. ¿Tiene usted (o su niño) una enfermedad crónica? Por ejemplo, el corazón, asma, o diabetes.								
6. ¿Ha recibido alguna vacuna durante el último mes?								

He leído y recibido la Información sobre las vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas satisfactoriamente. Solicito que esta vacuna me sea(n) suministrada(s), o que sean suministradas a la persona cuyo nombre aparece en este formulario y para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del la persona que va a recibir la vacuna  
**For Clinic use only: (Solamente para uso de la clínica)**  
**Dirección de la clínica:**

Date of VIS: <i>(RN please initial)</i>	08/07/2015 _____RN
Vaccine Given	
Date Vaccine Administered:	
Vaccine Manufacturer:	
Vaccine Lot Number:	
Vaccine Expiration Date:	
Site of Injection: (circle)	0.25 ml / 0.5 ml Deltoid / Thigh -IM Right / Left
Signature of Vaccine Administrator:	