

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)

- |                                      |                                                                    |                                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asian       | <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native          | <input type="checkbox"/> Black or African American |
| <input type="checkbox"/> White       | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino        |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> More than One Race                        |                                                    |

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

- |                                                      |                                                |                                            |                                       |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alameda Alliance – Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Blue Cross – Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Kaiser – Medi-Cal | <input type="checkbox"/> No insurance |
| <input type="checkbox"/> United Health Care          | <input type="checkbox"/> Blue Cross – Private  | <input type="checkbox"/> Kaiser – Private  | <input type="checkbox"/> Cigna        |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield                 | <input type="checkbox"/> Health Net            | <input type="checkbox"/> Aetna             | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

### Medical Information

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

- |                                     |                                                                            |                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiático   | <input type="checkbox"/> Indio Estadounidense o Nativo de Alaska Americano | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Blanco     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacifico       | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino      |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Mas de una raza                                   |                                                |

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

- |                                                      |                                                |                                            |                                          |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alameda Alliance – Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Blue Cross – Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Kaiser – Medi-Cal | <input type="checkbox"/> No tiene seguro |
| <input type="checkbox"/> United Health Care          | <input type="checkbox"/> Blue Cross – Privado  | <input type="checkbox"/> Kaiser – Privado  | <input type="checkbox"/> Cigna           |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield                 | <input type="checkbox"/> Health Net            | <input type="checkbox"/> Aetna             | <input type="checkbox"/> Otro: _____     |

**Antecedentes Médicos – Es necesario que conteste todas las preguntas**

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

(Yo / Padre / Guardián)

Fecha: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_