

# PATIENT CONSENT FORM

## FOR SEASONAL INFLUENZA VACCINE

I have read, or have had explained to me, the CDC Vaccine Information Statement about influenza and the influenza vaccine. I understand that this vaccine may cause flu-like symptoms in some people and in rare incidents Guillain-Barré syndrome. I have had an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of influenza vaccine and request that the vaccine be given to me (or person named below for whom I am authorized to make this request).

**Please print:**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                    (FIRST)                    (MIDDLE)                    (LAST)

Race: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian's Name (if applicable): \_\_\_\_\_ Mother Maiden Name \_\_\_\_\_

Has the person receiving the vaccine ever had a severe allergic reaction, more severe than hives (Anaphylaxis) to eggs, chickens, or chicken feathers)? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Does the person receiving the vaccine have a history of Guillain-Barré syndrome or a persistent neurological illness? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Is the person receiving the vaccine allergic to Thimerosal (Preservative found in contact lens solution), any vaccine ingredient, or Anaphylaxis reaction to latex (more severe than hives)? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

For child 6 mo-8 yrs, have they received 2 or more doses of influenza vaccine in their lifetime? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No  
(If no, the child will need to receive 2 vaccinations [at least one month apart] for the best protection against flu.)

\_\_\_\_\_  
Signature of person receiving vaccine OR Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**(Provide copy front & back of insurance card)**

For Provider Use Only: Influenza Vaccine Mfgr: \_\_\_\_\_ Lot #: \_\_\_\_\_ Expires: \_\_\_\_\_

Injection Site: \_\_\_\_ Right \_\_\_\_ Left  
                    \_\_\_\_ Deltoid \_\_\_\_ Thigh

Administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Type of Vaccine given:**

- With Preservative
- Without Preservative

**State Supplied**

- Uninsured child ≤ 18 yrs
- Medicaid child ≤ 18 yrs
- American/Indian/Alaskan Native
- CCHD Family Planning/BeSmart Medicaid
- Uninsured Maternity

**Paid**

- Adult Medicaid
- Medicare
- Private Insurance
- BCBS Employee
- Uninsured Cash/Check
- Other

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA

He leído, y/o se me ha explicado La Información del CDC sobre la influenza y la vacuna contra la influenza. Entiendo que esta vacuna puede causar síntomas parecidos a la gripe y en algunas personas y en casos pocos comunes el síndrome de Gullain-Barre. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que se me administre la vacuna (o a la persona mencionada a continuación para quien estoy autorizado a llenar esta solicitud).

Favor de llenar con letra de molde o imprenta:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Raza: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/tutor (si corresponde) \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la Madre \_\_\_\_\_

¿Alguna vez la persona que está recibiendo la vacuna ha tenido una reacción alérgica grave, más severa que la urticaria (anafilaxia) a huevos, pollo o plumas de pollo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿La persona recibiendo la Vacuna tiene un historial del síndrome de Guillan- Barre o actualmente tiene una enfermedad neurológica? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿La persona que está recibiendo la vacuna es alérgica al timerosal (preservante que se encuentra en la solución para lentes de contacto), a cualquier ingrediente de la vacuna o la reacción de anafilaxia (más severa que la urticaria) al látex? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Para niños de 6 meses a 8 años, ¿han recibido 2 o más dosis de la vacuna contra la influenza durante su vida? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

(En caso negativo, el niño tendrá que recibir 2 vacunas (con al menos un mes de diferencia) para la mejor protección contra la gripe).

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona recibiendo la vacuna O padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### (Proporcione copia de ambos lados de su tarjeta de seguro médico)

For Provider Use Only: Influenza Vaccine Mfgr:

Lot #:

Expires:

Injection Site: \_\_\_\_\_ Right \_\_\_\_\_ Left  
\_\_\_\_\_ Deltoid \_\_\_\_\_ Thigh

Administered by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

#### Type of Vaccine given:

- With Preservative  
 Without Preservative

#### State Supplied

- Uninsured child ≤ 18 yrs  
 Medicaid child ≤ 18 yrs  
 American/Indian/Alaskan Native  
 CCHD Family Planning/Be Smart  
Medicaid  
 Uninsured Maternity

#### Paid

- Adult Medicaid  
 Medicare  
 Private Insurance  
 BCBS Employee  
 Uninsured Cash/Check  
 Other