

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: _____

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 (more severe than hives) reaction to latex? ____ 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/Be Smart 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: _____

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