

Screening Questionnaire for Seasonal Influenza Vaccination & Consent

For Children and Adults to be vaccinated: The following questions will help us determine what type of flu vaccine we should give. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked.

I have read, or have had explained to me, the information contained in the Vaccine Information Sheets or the appropriate Important Information Statement(s) about the disease(s) and vaccine(s) indicated below: I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) indicated below be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request.	No Yes Unsure
1. Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have a severe allergy to eggs or to a component of the influenza vaccine?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Is the person to be vaccinated pregnant or could she become pregnant within the next month?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Has the person to be vaccinated received any other vaccinations in the past 4 weeks? If so please list:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Patient Name: _____ Patient DOB: _____ Circle MALE / FEMALE Mother's First Name _____ Authorized Signature: _____ Phone: _____ Date: _____	Age: _____ If < 9 yrs, have they had two flu vaccines before? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no

VACCINE LOT# _____ Vaccine Injection Site: _____

Signature given by Nurse: _____ Date: _____

Cuestionario

Para La Vacuna Temporal Contra La Influenza

Para los Padres de Familia de niños a los que se vacunaran: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna contra la influenza (o gripe) a usted o a su hijo/a. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no necesariamente quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que habrá preguntas adicionales.

He leído, o me han explicado la información contenida en las hojas de información de la vacuna o la información importante apropiada sobre las enfermedades o la vacuna (s) indicada abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción. Yo creo entender los beneficios y los riesgos de la vacuna(s), y pido que me pongan la vacuna(s) indicadas abajo o pongan las vacunas a la persona nombrada abajo por quien estoy autorizado a hacer esta petición.

No Sí No sabe

- | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | La persona que se va a vacunar, ¿Ha tenido alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | La persona que se va a vacunar, ¿está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | La persona que se va a vacunar, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Si es así, indique: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nombre Paciente: _____

Masculino / Femenina

(DOB) Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ **Nombres de la madre:** _____

Firma Autorizada: _____ **Teléfono:** _____ **Fecha:** _____

VACCINE LOT# _____ **Vaccine Injection Site:** _____

Signature given by Nurse: _____ **Date:** _____