Flu Vaccination Consent Form 2012 - 2013

성 | 이름 | 중간이름

집 주소 (집 번호와 거리 이름) | 아파트 번호

도시 | 우편번호 | 성별 ○ 남성 ○ 여성

지역번호 – 전화번호 –

생년월일 (예 *05/18/1980*) / / 월 일 년도

어머니의 이름

인종 / 민족 ○ 아시아인 ○ 흑인 / 아프리칸 아메리칸 ○ 히스피닉 / 라티노 ○ 백인 ○ 다른 민족
하나만 선택 하세요 ○ 하와이 원주민 / 태평양 군도 원주민 ○ 아메리칸 인디안 / 알래스칸 원주민 ○ 다인종

1) 오늘 열이 있거나 아프십니까? ○ 예 ○ 아니오

2) 임신 중이거나 혹은 임신일 거라고 생각하십니까 ? ○ 예 ○ 아니오

3) 독감 백신에 대해서 의료 도움이 요구되는 심각한 반응을 보인 적이 있습니까 ? ○ 예 ○ 아니오

본인은 제공된 예방접종 받기를 동의합니다
서명

18세 이하인 경우, 부모 혹은 법적 보호자의 이름을 쓰십시오

멈춤 – 아래 부분은 작성하지 마십시오 SCREENER INITIALS

4) **REQUIRED: CAIR disclosure form reviewed with client?** ○ Yes

5) **Do you have a severe allergy to eggs?** **[If YES, See Egg Allergy Guidelines]** ○ Yes ○ No

6) **Do you have an allergy to thimerosal?** ○ Yes ○ No

7) **Do you have an allergy to latex?** **[If YES, Do NOT Administer GSK - Fluarix]** ○ Yes ○ No

8) **Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (GBS)?** ○ Yes ○ No

9) **Have you received any of these vaccines in the last 4 weeks?** **[MMR, Varicella, LAIV, Shingles]** ○ Yes ○ No

10) **Do you have any of the following medical conditions?** **[If YES, Administer TIV ONLY]** ○ Yes ○ No
Heart, Lung, Kidney, or Liver Disease; Asthma; Cancer; Metabolic disease (i.e. diabetes);
Blood Disorders (i.e. leukemia, lymphoma, sickle cell disease); Immune System Disorder (i.e. HIV / AIDS, steroid therapy)

11) **Is the person to be vaccinated between 2-49 years old? (Verify Age)** * **[If NO, Administer TIV]** ○ Yes ○ No

If the vaccination is for a child, ask these questions: **[If YES to either, Administer TIV ONLY]**

12) **If child is < 5 years, have they been diagnosed with wheezing in the last 12 months?** ○ Yes ○ No ○ N/A

13) **Is child taking long term medicine therapy containing ASPIRIN?** ○ Yes ○ No ○ N/A

14) **For persons under 19 years, select VFC eligibility. (choose one)** ○ Uninsured ○ Medi-Cal / CHDP ○ American Indian / Alaskan Native ○ Not VFC eligible

Flu Vaccine	**VIS 07/02/2012**	**Manufacturer and Lot Number**	**Dosage**	**Site**	**Admin. Initials**
○ INACTIVATED Flu Shot ○ LIVE Nasal Spray **DOSE #** ○ 1 ○ 2		Manufacturer ○ SP ○ NOV ○ MI **Lot Number**	○ 0.10 mL ○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.20 mL	○ LD ○ RD ○ LT ○ RT ○ Intranasal	

Date Administered *(ex. 10/30/2012)*
Month / Day / Year

* **REMINDER**
LAIV Is Only For Healthy Clients 2 Thru 49 Years Of Age, Who Are NOT Pregnant

Language Interpreter Signature:
Korean

Nurse Instructor Signature: