VNA Health Care

Influenza Vaccination Consent Form 2022-2023

Male / Female / / /

Last Name First Name Middle Initial Birthdate Age

Address City State Zip

County Phone Number

1.	Have you ever had a reaction to a previous influenza vaccination?	Yes	No
2.	Are you allergic to chicken or eggs?	Yes	No
3.	Do you have a fever or active illness?	Yes	No
4.	Are you currently taking a prescription blood thinner? **(Precaution Only)**	Yes	No
5.	Do you have an active neurological disorder?	Yes	No
6.	Have you ever had Guillian-Barre Syndrome?	Yes	No
7.	Do you have a bleeding disorder (ie, hemophilia or thrombocytopenia)?	Yes	No
8.	Are you pregnant?	Yes	No

I have read the VIS information sheet and I have had a chance to ask questions, which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of influenza vaccine and request that the vaccine is given to me or to the person named for whom I am authorized to make this request.

X _____ Date _____

Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request

YOUR NURSE WILL COMPLETE THE FOLLOWING

Clinic Location: _____ **Date vaccinated**: _____

Manufacturer (Circle One): **Fluarix 0.5mL (VFC) or Fluzone 0.5mL (Commercial) or Fluzone 0.7mL (High-dose)**

Vaccine Lot No: _____ **Vaccine Expiration Date**: _____

Site of injection: ☐ Left deltoid ☐ Right deltoid ☐ Other: _____

Signature of nurse giving the injection: _____

VNA Health Care

Formulario de Autorización para Vacunación de la Influenza 2022-2023

Masculino/Femenino _____ / / _____

Apellido | Nombre | Inicial 2do. nombre | Fecha de Nacimiento | Edad

Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal

Condado | Número telefónico

1.	¿Ha tenido alguna vez una reacción a una vacuna de la influenza?	Si	No
2.	¿ Es usted alérgico a los huevos?	Si	No
3.	¿ Tiene usted fiebre o una enfermedad activa?	Si	No
4.	¿Actualmente está tomando un anticoagulante con receta? **(solo por precaución)**	Si	No
5.	¿Tiene algún trastorno neurológico activo?	Si	No
6.	¿ Ha padecido el syndrome Guillian-Barre ?	Si	No
7.	¿Padece de alguna enfermedad hemorrágica (hemofilia o trombocitopenia)?	Si	No
8.	¿Está embarazada o dando de lactar?	Si	No

He leído esta hoja de Declaración de Información de la Vacuna (VIS) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi total satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza y solicito la vacuna me sea aplicada a mí o a la persona nombrada para la cual estoy autorizado para hacer esta solicitud.

X _____ Fecha _____

Firma de la persona que recibe la vacuna o persona autorizada para hacer la solicitud

SU ENFERMERA COMPLETARA LO SIGUIENTE

Clinic Location: _____ **Date vaccinated**: _____

Manufacturer (Circle One): **Fluarix 0.5mL (VFC) or Fluzone 0.5mL (Commercial) or Fluzone 0.7mL** (**High-dose)**

Vaccine Lot No: _____ **Vaccine Expiration Date**: _____

Site of injection: ☐ Left deltoid ☐Right deltoid ☐ Other: _____

Signature of nurse giving the injection: _____