

BETHLEHEM HEALTH BUREAU
Seasonal Influenza Vaccination Consent

OFFICE USE ONLY
___ **green** ___ time
___ **red** ___ time

Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: M ___ F ___

Address: _____ Telephone: _____ Zip Code: _____

Please circle YES or NO to the questions below:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Does the patient have a severe allergy to eggs? | Yes | No |
| 2. Has the patient ever had a severe reaction to an influenza vaccine? | Yes | No |
| 3. Has the patient ever had Guillian-Barre syndrome (immune system disorder)? | Yes | No |
| 4. Does the patient have any other allergies? _____ | Yes | No |

I have received and read the Centers for Disease Control and Prevention Vaccine Information Sheet dated 8/7/2015. I have no further questions at this time. I request and voluntarily consent that the seasonal influenza vaccine be given to person named above **of whom I am or am the parent or legal guardian.**

Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY

Influenza Vaccine Given	Lot Number: _____	Exp date: _____	Injection Site: <u>L</u> / <u>R</u>
Dosage Volume: .25ml	.5ml		
_____			_____
Signature of vaccine administrator			Date

DEPARTAMENTO DE SALUD DE BETHLEHEM
Hoja De Consentimiento Informado Para La Vacuna De La Gripe

OFFICE USE ONLY
___ **green** ___ time
___ **red** ___ time

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H ___ M ___

Dirección: _____ Teléfono: _____ Código Postal: _____

Por favor marque sí o no a las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. El/la paciente tiene alergias severas a los huevos? | Sí | No |
| 2. El/la paciente alguna vez ha tenido una reacción mala a la vacuna de la gripe? | Sí | No |
| 3. El/la paciente alguna vez ha tenido el síndrome de Guillian-Barre? | Sí | No |
| 4. El/la paciente sufre de otras alergias? _____ | Sí | No |

He declarado y he leído la hoja de Centros para el Control de la Enfermedad hojas informativas de la vacuna de prevención con la fecha 8/7/15. No tengo preguntas adicionales en este momento. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna del gripe sea administrada a la persona nombrada arriba **de quien yo soy o soy el padre o apoderado legal.**

Firma: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

Influenza Vaccine Given	Lot Number: _____	Exp date: _____	Injection Site: <u>L</u> / <u>R</u>
Dosage Volume: .25ml	.5ml		
_____			_____
Signature of vaccine administrator			Date