



MERIDEN HEALTH DEPARTMENT



INFLUENZA IMMUNIZATION CONSENT FORM

_____ Name (Please Print)	_____ Date of Birth	_____ Sex
_____ Address	_____ Town	_____ Phone number
_____ Medicare number	_____ Medicare HMO	_____ Husky (adult only)

- Yes  No Are you allergic to eggs or egg products?
- Yes  No Are you allergic to thimerosal, neomycin, polymyxin, or latex?
- Yes  No Have you ever had a serious reaction to the flu shot?
- Yes  No Are you sick with a fever?
- Yes  No Have you had Guillain-Barre Syndrome?
- Yes  No Do you have an active neurological disorder?
- Yes  No Do you have asthma? If not, would you like to receive the nasal vaccine  Yes or  No?

I have read, or had explained to me, the information sheet about the influenza vaccine (flu shot). I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine as described. I request the influenza vaccine be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request). I authorize the release of any medical or other information necessary to process a Medicare/insurance form.

X \_\_\_\_\_  
Signature of Recipient (or Parent/Guardian) Date

X \_\_\_\_\_  
Signature of person completing form for recipient Date

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE-FOR CLINIC USE ONLY

- Fluzone Lot# UT5897JA Mfr. SP Site: \_\_\_\_\_ Date on VIS: <sup>8/7/15</sup>~~8/9/15~~ Vaccinator/date: \_\_\_\_\_
- Fluzone Lot# UI810AA Mfr. SP Site: \_\_\_\_\_ Date on VIS: <sup>8/7/15</sup>~~8/9/15~~ Vaccinator/date: \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO DE SALUD DE MERIDEN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO A LA INMUNIZATION DE LA GRIPE

Nombre (en mayúsculas)	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección	Ciudad	Número de teléfono
Número de Medicare	Medicare HMO	Husky (solo adultos)

- Sí     No    ¿Tiene alergia a los huevos o a los productos de los huevos?
- Sí     No    ¿Tiene alergia al timerosal, neomicina, polimixina o látex?
- Sí     No    ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna de la gripe?
- Sí     No    ¿Está enfermo con fiebre?
- Sí     No    ¿Ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre?
- Sí     No    ¿Padece un trastorno neurológico activo?

He leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacuna de la influenza (vacuna de la gripe). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que me contestaron a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas tal como los han descrito. Solicito que me administren la vacuna de la gripe (o a la persona mencionada más arriba para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para tramitar un formulario de Medicare/del seguro.

X \_\_\_\_\_ Fecha

Firma del receptor (o de uno de los padres/tutor)

X \_\_\_\_\_ Fecha

Firma del receptor (o de uno de los padres/tutor)

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - PARA USO INTERNO

Fluzone Lot # UT5897JA Mfr: SP Site: \_\_\_\_\_ Date on VIS: 8/7/15

Vaccinator/Date: \_\_\_\_\_

Fluzone Lot # UI810AA Mfr: SP Site: \_\_\_\_\_ Date on VIS: 8/7/15

Vaccinator/Date: \_\_\_\_\_