



## FLU CONSENT FORM

Patient Name: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_  
MM /DD/ YY  
 Address: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_  
 Email address \_\_\_\_\_ Mother's First Name: \_\_\_\_\_

Nevada County Public Health Department requires that we collect the following demographic data. This information is confidential and allows us to provide quality services. **THE INFORMATION BELOW IS FOR THE INDIVIDUAL RECEIVING IMMUNIZATION(S).**

Choose one or more:

Choose one:

Choose one:

Race	Ethnic Group	Language
<input type="checkbox"/> Alaska Native or American Indian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> English
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Spanish
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Indian (includes Hindi & Tamil)
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Declined to State	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> White or Hispanic		
<input type="checkbox"/> More than One Race		
<input type="checkbox"/> Other Race		

I have read or have had explained to me the information on this form about influenza and influenza vaccine (VIS). I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the influenza vaccine and request that it be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request. I understand that Nevada County Public Health Department enters immunization information into the California Immunization Registry (CAIR). I acknowledge that I have received a copy of the Nevada County Notice of Privacy Practices. I hereby authorize the Nevada County Public Health Department, to release this information to my designated medical provider(s), school(s), and upon my verbal request, to myself.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Patient (Parent or Guardian if under 18 years of age)

### Screening Questionnaire for Vaccine Eligibility

<b>Inactivated Flu Vaccine</b>			
The following questions will help us determine if you can be vaccinated for the seasonal flu today. Your answers to the following questions will help us determine which vaccine is right for you.	Yes	No	Don't Know
<b>Person receiving vaccine:</b>			
1. Is the person to be vaccinated sick today?			
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to an ingredient of the vaccine?			
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?			
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain Barré Syndrome (type of temporary severe muscle weakness)?			
5. Has the person to be vaccinated ever felt dizzy or faint before, during or after a shot?			
6. Is the person to be vaccinated anxious about getting a shot today?			
<b>NURSE USE ONLY</b> Site of injection: <input type="checkbox"/> left deltoid <input type="checkbox"/> left thigh <input type="checkbox"/> right deltoid <input type="checkbox"/> right thigh			
RN Signature: _____ Date _____	VIS 1/31/2025		

**Fluarix Expires: 6/30/2026    Lot #: 37KF3**

**Flublok Expires: 6/30/2026    Lot #: U8823DA**



**DEL CONDADO DE NEVADA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
MM / DD / YY

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada requiere que obtengamos los siguientes datos demográficos. Esta información es confidencial y nos permite ofrecer servicios de calidad. **La siguiente información es para la persona que recibe la(s) vacuna(s)**

<b>Selecciona una o más:</b> <u><b>Raza</b></u>		<b>Elija uno:</b> <u><b>Grupo étnico</b></u>	<b>Elija uno:</b> <u><b>Idioma</b></u>
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o American Indio	<input type="checkbox"/> Blanco o Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Más de uno raza	<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otra raza	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Indio (Hindi & Tamil)
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Se negó a declarar		<input type="checkbox"/> Otro

He leído, o me han explicado la información en esta forma acerca de la influenza y la vacuna de la influenza (VIS). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza, y requiero que me la pongan a mí o a la persona descrita abajo de quien tengo autorización de hacer esta petición. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Nevada registra información de vacunas en el registro de vacunas de California (CAIR). Admito que he recibido una copia de la nota de prácticas privadas del Condado de Nevada. Por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud del Condado de Nevada liberar esta información a mi proveedor médico designado(s), escuela(s), y con mi permiso verbal, a mí mismo.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
 Paciente (Padre o tutor si es menor de 18 años)

<b>Cuestionario de revisión para checar elegibilidad para la vacuna</b>			
<b>Vacuna viva vacuna inactivada</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No se</b>
Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede ser vacunado hoy. Sus respuestas nos ayudarán a determinar cuál es la vacuna apropiada para usted.			
<b>Persona que recibe la vacuna:</b>			
1. La persona que se va a vacunar hoy está enferma?			
2. La persona que se va a vacunar tiene alergia a algún ingrediente de la vacuna?			
3. La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado?			
4. La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barré (un tipo de debilidad muscular temporal o grave)?			
5. La persona que se va a vacunar se ha sentido alguna vez mareada o se desmayó antes, durante o después de una inyección?			
6. La persona que se va a vacunar está ansiosa por recibir la inyección hoy?			
<b>NURSE USE ONLY</b> Site of injection: <input type="checkbox"/> left deltoid <input type="checkbox"/> left thigh <input type="checkbox"/> right deltoid <input type="checkbox"/> right thigh RN Signature: _____ Date: _____	VIS 1/31/2025		

**Fluarix Expires: 6/30/2026 Lot #: 37KF3**

**Flublok Expires: 6/30/2026 Lot #: U8823DA**