



**Annual Influenza Vaccine Consent  
Form FLU SHOT and NASAL SPRAY  
ADULT**

**Section 1: Information to Receive Vaccine (please print)**

|   |         |                 |                         |       |     |
|---|---------|-----------------|-------------------------|-------|-----|
| NAME (Last)                                       | (First) | (M.I.)          | <b>DAYTIME PHONE #:</b> |       |     |
| DATE OF BIRTH<br>Month _____ Day _____ Year _____ |         | AGE             | ADDRESS                 |       |     |
|   |         | GENDER<br>M / F | CITY                    | STATE | ZIP |

**Section 2: Screening for Vaccine Eligibility** Please mark YES or NO for each question.

|  | YES                      | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>The following questions will help us to know if you can receive the influenza vaccine.</b>  |                          |                          |
| 1. Do you have a serious allergy to eggs or Gentamycin?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Your answers to the following questions will determine if you will receive an injection or nasal mist.</b>  |                          |                          |
| 4. Have you received any vaccine (not just flu) within the past 30 days? (e.g., MMR and (or) Varicella “Chicken Pox” vaccine.) Vaccine: _____ Date given: month _____ day _____ year _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do you have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Are you on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (does your child take aspirin everyday)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Do you have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Are you pregnant or Breastfeeding?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Do you have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CONSENT FOR VACCINATION:**

I have read or had explained to me the 2019 Vaccine Information Statement for the seasonal influenza vaccine and understand the risks and benefits. I hold harmless the school district, school site, and individual administering the vaccine. I acknowledge that no guarantee has been provided for the success of the vaccine.

By signing the signature space provided below, **I GIVE CONSENT** to the Stockton Unified School District and its staff for myself, named at the top of this form, to receive either the injectable vaccine or the intranasal vaccine as appropriate based on the answers to the above questionnaire. Furthermore, I understand that if this consent form is not signed, I will not be vaccinated.

Signature \_\_\_\_\_ Date: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

**FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY**

| Vaccine   | Route   | Date Dose Administered | IM Site | Administrator | Lot Number | Health Futures ID# |
|-----------|---|------------------------|---------|---------------|------------|--------------------|
| Influenza | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal | / /                    |         |               |            |                    |
| Influenza | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal | / /                    |         |               |            |                    |



## Formulario De Consentimiento Anual Para La Vacuna Aerosol Nasal Contra La Influenza ADULTO

### Sección 1: Información para Recibir Vacuna (por favor escriba en letra de imprenta)

|                               |                  |                              |                            |        |               |
|-------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------------|--------|---------------|
| NOMBRE (Apellido)             | (Nombre De Pila) | (Inicial Del Segundo Nombre) | NUMERO DE TELEFONO DIURNO: |        |               |
| FECHA DE NACIMIENTO           | EDAD DEL         | GENERO                       | DIRECCIÓN                  |        |               |
| Mes _____ Día _____ Año _____ |                  | M / F                        | CIUDAD                     | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |

### Sección 2: Selección de Elegibilidad de la Vacuna Por Favor, marque Si o NO para cada pregunta.

|  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo o hija puede recibir la vacuna contra la influenza.</b>  |                          |                          |
| 1. ¿Tiene una alergia grave a los huevos o Gentamicin?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de 6 semanas después de recibir una vacuna contra la influenza?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sus respuestas a las siguientes preguntas determinarán si recibirá una inyección o un atomizador nasal.</b>   |                          |                          |
| 4. ¿Has recibido alguna vacuna en los últimos 30 días? (Por ejemplo, el Triple Viral SRP "MMR", SR y (o) vacuna contra la varicela "Chicken Pox".) Vacuna: _____ Fecha dada: Mes _____ Día _____ Año _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene una alguno de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Estás en recibe aspirina a largo plazo o terapia que contenga aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina todos los días)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, de VIH, cáncer o medicamentos como los esteroides o los que se usan para tratar el cáncer)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Estás embarazada o amamantando?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene un contacto cercano con una persona que necesita atención en un entorno protegido (por ejemplo, alguien que haya recibido recientemente un trasplante de médula ósea)?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL:

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre vacunas 2019 para la vacuna contra la influenza de temporada y entiendo los riesgos y beneficios. Mantengo a salvo el distrito escolar, el sitio escolar y la persona que administra la vacuna. Reconozco que no se ha proporcionado ninguna garantía para el éxito de la vacuna.

Al firmar, el espacio para la firma que se proporciona a continuación, **DOY MI CONSENTIMIENTO** al Stockton Unified School District a su personal para yo mismo, nombrado en la parte superior de este formulario, para recibir la vacuna inyectable o la vacuna intranasal según corresponda en función de las respuestas al cuestionario anterior. Además, entiendo que, si este formulario de consentimiento no está firmado, yo no será vacunado.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

#### SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

| Vaccine   | Route   | Date Dose Administered | IM Site | Administrator | Lot Number | Health Futures ID# |
|-----------|---|------------------------|---------|---------------|------------|--------------------|
| Influenza | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal | / /                    |         |               |            |                    |
| Influenza | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal | / /                    |         |               |            |                    |