



**NEVADA COUNTY
PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
DRIVE THROUGH
FLU CONSENT FORM**

How did you hear about this event?

- KNCO/KVMR Union Yubanet
 www.MyNevadaCounty.com Other

Manufacturer: _____

Lot # & Expiration: _____

Patient Name: _____ Gender: _____ DOB: _____ AGE: _____
MM / DD / YY

Address: _____ Telephone #: _____

_____ Zip: _____ 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:

Race

- Alaska Native or American Indian White or Hispanic
 Asian More than One Race
 Black or African American Other Race
 Native Hawaiian or Pacific Islander Declined to State

Choose one:

Ethnic Group

- Hispanic
 Non-Hispanic
 Unknown

Choose one:

Language

- English
 Spanish
 Indian (includes Hindi & Tamil)
 Other

VFC Eligibility (Children 18 years and under)

The following statements will help us determine if your child may receive immunizations through the Vaccine For Children (VFC) program. **Please check applicable box below for child receiving immunization:**

1. is Medi-Cal or Child Health & Disability Program (CHDP) eligible.
 2. is Uninsured (does not have private health insurance).
 3. is an American Indian or Alaskan Native.

Does the patient have Medi-Cal (Adults 19 years and older)? Yes No

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: _____

Patient (Parent or Guardian if under 18 years of age)

Date: _____

Screening Questionnaire for Vaccine Eligibility

Inactivated Flu Vaccine

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

Person receiving vaccine:

1. Are you feeling sick today?			
2. Are you pregnant or could you become pregnant within the next month?			
3. Have you had the flu vaccine before?			
4. Have you had a serious reaction to the influenza vaccine in the past?			
5. Are you allergic to egg, egg products, thimerosal or latex? Circle the allergy(ies) that apply.			
6. Have you ever had Guillain-Barre Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness)?			
7. Do you need documentation of vaccination? Please ask for a Blue Card .			

NURSE USE ONLY Site of injection: left deltoid left thigh right deltoid right thigh

RN Signature: _____ Date _____

VIS 8/15/2019



**DEPARTAMENTO DE SALUD
DEL CONDADO DE NEVADA**
SERVICIO AL CARRO
FORMA DE CONSENTIMIENTO
DE LA INFLUENZA

How did you hear about this event?

- KNCO/KVMR Union Yubanet
 www.MyNevadaCounty.com Other

Manufacturer: _____

Lot # & Expiration: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____
MM / DD / YY

Dirección: _____

Género: _____ Edad: _____

Teléfono: _____

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.

Selecciona una o más:

- Race**
- Nativo de Alaska o American Indian Blanco o Hispano
 Asiática Más de uno raza
 Negro o Afroamericano Otra raza
 Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico Declinado declarar

Elija uno:

- Ethnic Group**
- Hispano
 No-Hispanos
 Desconocido

Elija uno:

- Language**
- Inglés
 Español
 Indio (Hindi & Tamil)
 Otro

Elegibilidad del programa de vacunas para niños (Niños de 18 años y menores)

La siguiente declaración nos ayudará a determinar si su hijo(a) puede recibir vacunas a través del programa "Las vacunas para niños" (programa VFC).

Por favor marque lo que es aplicable para el niño recibiendo la vacuna:

1. Es elegible para Medi-Cal o el programa de la salud y prevención para los niños (CHDP).
 2. No tiene seguro médico privado.
 3. Es indio Americano o nativo de Alaska.

Tiene el paciente Medi-Cal (Adultos de 19 años y mas)? Si No

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, 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)

Cuestionario de revisión para checar elegibilidad para la vacuna

Vacuna viva vacuna inactivada	Si	No	No se
Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede ser vacunado hoy. Sus respuestas nos ayudarán a determinar cuál es la vacuna es apropiada para usted.			
Vacuna que recibe la persona			
1. Se siente enfermo hoy?			
2. Esta embarazada o se puede embarazar en los próximos 30 días?			
3. Le han puesto la vacuna de la influenza anteriormente?			
4. Alguna vez le ha dado grave reacción la vacuna de la influenza?			
5. Es alérgico(a) a huevos, productos derivados del huevo o al timerosal o látex?			
6. Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal severa)?			
7. Necesita documentación de vacunación? Por favor pida una tarjeta azul .			
NURSE USE ONLY 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 8/15/2019		