



Patient Identification

Influenza Immunization Consent for Public Health Nursing

Name: _____ Today's date: _____
First Middle Last Suffix

Birth date: _____ Gender: Male Female CNDH chart no.: _____ Employee ID no.: _____

Address: _____
Street City State ZIP

Phone: (____) _____ Mother's maiden name: _____

Parent/legal guardian name (for children only): _____
First Middle Last Suffix

Emergency contact: _____ Emergency contact phone no.: (____) _____

Please check one:

Private insurance (policy/group no. including letter): _____ Medicaid (no.): _____
 Medicare (no. including letter): _____ No insurance No insurance

1. Is the person to vaccinated sick today? Yes No
2. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine or eggs in the past? Yes No
3. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré Syndrome within 6 weeks after receiving the flu vaccine? Yes No
4. I understand if my child is not cooperative, the vaccine will not be administered? Yes No
5. My child may receive this vaccine without my presence? Yes No

I have read or had explained to me the information contained in the 2021-2022 Vaccine Information Sheet for the 2021 influenza seasonal vaccine. I have had the chance to ask questions which have been answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the seasonal influenza vaccine and consent to receive the seasonal influenza vaccine for myself or my child (if applicable). I understand that this vaccination will be recorded in the Oklahoma State Immunization Information System (OSIIS).

Signature _____ Date _____ Time _____

Parent/legal guardian signature (if child) _____ Date _____ Time _____

OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW

Vaccine: _____ Lot no.: _____ Exp. date: _____

Site given: RVL LVL RD LD
Nurse (print name) Nurse signature Date/time



**Consentimiento de vacunación
contra la influenza para la
enfermería de salud pública**

Patient Identification

Nombre: _____
Primero _____ Segundo _____ Apellido _____ Suñijo _____ La fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino CNDH Núm de expediente: _____ Núm de identificación de empleado: _____

Dirección: _____
calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (____) _____ Nombre de soltera de la madre _____

Nombre del padre / tutor legal (solo para niños): _____
Primero _____ Segundo _____ Apellido _____ Suñijo _____

Contacto de emergencia: _____ Num de telefono de contacto de emergencia: (____) _____
Por favor marque uno:

- Seguro privado (póliza / número de grupo incluyendo letra): _____ Medicaid (número): _____
- Medicare (número incluyendo letra): _____ sin seguro

1. ¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy? Si No
2. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza o a los nuevos en el pasado? Si No
3. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barré en las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la gripe? Si No
4. Yo entiendo que si mi hijo no coopera no se administrará la vacuna. Si No
5. ¿Mi hijo puede recibir esta vacuna sin mi presencia? Si No

He leído o me han explicado la información contenida en la Hoja de Información de la Vacuna 2021-2022 para la vacuna estacional contra la influenza 2021. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza estacional y doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza estacional para mi o para mi hijo (si corresponde). Entiendo que esta vacuna se registrará en el estado de Oklahoma Sistema de Información de Inmunizaciones (SIS1S).

Firma _____ Fecha _____ Hora _____

Firma del padre / tutor legal (del niño) _____ Fecha _____ Hora _____

OFFICE USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW

Vaccine: _____ Lot no.: _____ Exp. date: _____

Site given: RVL LVL RD LD _____
Nurse (print name) _____ Nurse signature _____ Date/time _____