

Consent for Immunization PLEASE PRINT

First Name: _____ Last Name: _____ Phone Number: _____

Street Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Male Female Date of Birth: Month _____ Day _____ Year _____ Age: _____

Insured for vaccines? No Yes Name of Insurance: _____

Office Only
ASIIS #: _____

For patients to be vaccinated (both children and adults)

The following questions will help us determine if there is any reason, we should not give you or your child inactivated injectable influenza vaccination today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

1. Is the person to be vaccinated sick today? Yes No
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine? Yes No
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past? Yes No
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome? Yes No

I agree to allow the health care provider giving vaccinations consent to release information about all vaccinations given to me to the Arizona State Immunization System (ASIIS), other health care providers and schools in order to avoid receiving unnecessary vaccinations and to provide information about which immunizations have been received. I understand that I am not required to agree to the release of this information in order to receive the vaccinations I request.

I have been given a copy and have read, or have had explained to me, the information in the "Important Information Statement(s)" for the disease(s) and vaccine(s) checked below. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccines requested and ask that the vaccine(s) checked below be given to me.

I HAVE RECEIVED THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA) DO NOT ENTER THIS IMMUNIZATION DATA INTO ASIIS

PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE: X _____ PRINTED SIGNATURE: X _____ Date: _____

Staff only:

Screener Signature: _____ Date: _____

Vaccine Administration: Influenza VFC/VFA Influenza PPV Site: _____ Nurse Signature: _____

Vaccine Label: _____ or Lot # _____ Expiration date: _____ Manufacture: _____

Consentimiento para Inmunizaciones Letra de Molde

Nombre: _____ Apellido: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Masculino Femenino Fecha De Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad Actual: _____

Ö Marque lo que aplica: No tiene aseguranza de salud Aseguranza Nombre de Aseguranza: _____

Office Only
ASIIS #: _____

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cuál no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta “sí”á alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

- 1. La persona que se vá a vacunar, ¿está enferma hoy? sí no no sabe
- 2. La persona que se vá a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna? sí no no sabe
- 3. La persona que se vá a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)? sí no no sabe
- 4. La persona que se vá a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? sí no no sabe

Yo doy permiso al proveedor de salud dando vacunas que revele información sobre todas las vacunas que he recibido, o a la persona mencionada en este registro médico, al programa estatal de vacunas (ASIIS), otros proveedores de salud para evitar recibir vacunas que no son necesarias y para proveer información sobre las inmunizaciones que he recibido. Yo he recibido y leído una copia, o se me ha explicado la información contenida en el documento que se llama “Información importante” sobre las enfermedades y vacunas indicadas abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y han sido contestadas a mi satisfacción. Creo entender los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s).

He recibido el aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) No ponga mi información en el programa estatal de vacunas (ASIIS)

FIRMA: X _____ ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE: X _____ FECHA X _____

Staff only:

Screener Signature: _____ Date: _____

Vaccine Administration: **Influenza VFC/VFA** **Influenza PPV** Site: _____ Nurse Signature: _____

Vaccine Label: _____ or Lot # _____ Expiration date: _____