

**Influenza Vaccine Screening Questionnaire**  
 1001 East 9<sup>th</sup> Street, Reno NV, 89512

**Complete the Following for the Person Who is Being Vaccinated:**

PATIENT Name: FIRST \_\_\_\_\_ MIDDLE \_\_\_\_\_ LAST \_\_\_\_\_  
 Phone: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex:  Female  Male  
 Mailing Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 EMERGENCY Contact & phone: \_\_\_\_\_ Ethnicity:  Hispanic/Latino  Non-Hispanic/Non-Latino  Not known  
 Race: (Check all that apply):  White  Black  Asian  Am Indian/Alaskan Native  Native Hawaiian/Pacific Islander  Other/Mixed  
 Unknown

**If the patient is a Minor, you are REQUIRED to fill in below:**

Parent/Guardian Phone: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Alternate Emergency Contact & phone \_\_\_\_\_  
 I, \_\_\_\_\_, hereby attest as follows:  
 (Printed Name of Person Giving Consent)

1. I am the (Check one):  Parent  Legal Guardian  Other : \_\_\_\_\_  
 I have the legal authority to make healthcare decisions on behalf of the minor patient named above.

**Questions for the person receiving the vaccine:**

	NO	YES
1. Is the person to be vaccinated sick today? If yes, what are their symptoms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have any allergies to medications, a vaccine component or latex? Please list allergies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to an influenza vaccine in the past? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillian-Barre Syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has the person to be vaccinated ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is the person to be vaccinated anxious about getting a shot today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Read Below and Sign:**

I hereby acknowledge that I have received the vaccine fact sheet and the Notice of Health Information Practices. I have had the opportunity to ask questions for the immunization to be administered to me or the person named above, for whom I am authorized to make this request. I agree to allow my immunization information to be stored and accessed by authorized users in "Nevada's Web IZ". I also agree to have my blood tested or the person named above, for whom I am authorized to make this request, for blood borne bacteria and viruses that may result in disease in the event a person is exposed to my blood or body fluids, or to the person who is named above. By signing this document, I declare that the above information is true and accurate to the best of my knowledge.

Signature: X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian signature required if under 18 years old

**BELOW IS FOR CLINIC USE ONLY**

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	VIS DATE
FLU (Fluarix)	150	90686		XY2AE 6/30/2024		IM	LD RD LVL RVL	0.5 mL	NNPH POD		8/6/2021

WebIZ # \_\_\_\_\_ Patagonia # \_\_\_\_\_ Demo/Ins By: \_\_\_\_\_ IZ By: \_\_\_\_\_ Scanned By: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Vacunación Para La Influenza (Fuera del Sitio)**  
 1001 East 9<sup>th</sup> Street, Reno NV, 89512

**Complete la Siguiete Información para la Persona Que Será Vacunada:**

PACIENTE: NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: Femenino Masculino \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia y Número telefónico: \_\_\_\_\_ Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Desconocido  
 Raza: (Marque todo lo que corresponda)  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái/Islas del Pacifico  Otro/Mestizo  Desconocido

**Si el paciente es menor de edad, se requiere completar lo siguiente:**

Teléfono del Padre/Tutor: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Contacto de Emergencia Alternativo y Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy fe de lo siguiente:  
 (Nombre en letra de imprenta de la persona que da consentimiento)

1.Soy (Marque uno):  Padre  Tutor Legal  Otro: \_\_\_\_\_  
 Tengo la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor mencionado anteriormente.

**Cuestionario para la Persona Que Va a Recibir Vacunas:**

**NO Sí**

1. ¿La persona que recibirá la vacuna está enferma/o el día de hoy? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgico a algún medicamento o alimentos, al componente de la vacuna o al látex? Por favor enliste las alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido alguna vez una reacción seria después de recibir alguna vacuna contra la influenza en el pasado? ¿Cuál fue la reacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona que se va a vacunar, tuvo alguna vez el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿La persona que será vacunada alguna vez se ha sentido mareada o desmayada antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿La persona que será vacunada siente ansiedad por recibir una vacuna hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Lea y Firme:**

Por la presente reconozco que he recibido la hoja informativa de la vacuna de Autorización de Uso de Emergencia y el Aviso de Prácticas de Información De Salud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas para que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente, para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo en permitir que mi información de inmunización sea almacenada y se pueda acceder por usuarios autorizados en "Nevada's Web IZ". También doy permiso que se me realice un análisis de mi sangre o de la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado para hacer esta petición, para detectar bacterias y virus transmitidos por la sangre que puedan resultar en una enfermedad en caso de que una persona sea expuesta a mi sangre o fluidos corporales, o a los de la persona mencionada anteriormente. Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se requiere la firma del padre o tutor legal si es menor de 18 años de edad

**A CONTINUACIÓN ES PARA USO CLÍNICO SOLAMENTE**

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	VIS DATE
FLU (Fluarix)	150	90686		XY2AE 6/30/2024		IM	LD RD LVL RVL	0.5 mL	NNPH POD		8/6/2021