



# Flu Vaccine Consent Form

Cash/CC      Check#      Bill to Insurance

PLEASE PRINT CLEARLY

Last Name      First Name      Date of Birth      Age

Address      City      State      Zip

Home Phone      Cell Phone      Email      M/F

### Please answer the following:

- Do you have a fever today?      Yes      No
- Have you ever had a flu shot?      Yes      No
- Have you ever had Guillain-Barre syndrome?      Yes      No
- Have you ever had an allergic reaction to eggs?      Yes      No
- Are you currently feeling COVID-19 symptoms?      Yes      No
- Do you suspect that you may be currently infected with COVID-19?      Yes      No

### Consent and Release:

The above information is correct and I have read or received a copy of the Vaccine Information Statement for this vaccine. I understand the benefits and the risks of the influenza vaccine and request that the vaccine be given to me or the person named above for whom I am authorized to make this decision. I have had the chance to ask questions, which were answered to my satisfaction.

Signature:  
(Parent or Guardian of Minor)

Date

### For Clinic Use Only

Influenza      Manufacturer/LOT      Exp. Date      Site      Route      Dose      MA      Date

## Formulario de Consentimiento - Vacuna Contra la Gripe

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Domicilo	Cuidad	Estado	Codigo Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Mobile	Correo Electronico	M/F

**Por Favor Consteste lo Siguiente:**

¿Se siente enfermo hoy?	SÍ	No
¿Alguna vez te han vacunado contra la gripe?	SÍ	No
¿Alguna vez has tenido síndrome de Guillain-Barré?	SÍ	No
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a los huevos?	SÍ	No
¿Tiene actualmente algun síntoma relacionado al COVID-19?	SÍ	No
¿ Sospecha que esta actualmente infectado con el virus del COVID-19?	SÍ	No

**Consentimiento y Liberación:**

La información anterior es correcta y he leído o recibido una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para esta vacuna. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna antigripal y solicito que se me administre la vacuna o la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a tomar esta decisión. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron respondidas a mi satisfacción.

Firma:  
(Padre o Guardián del Menor)

Fecha

**Sólo Para Uso Clínico**

Influenza    Fabricante/LOT    Fech de Exp.    Sitio    Ruta    Dosis    MA