Flu Vaccination Consent Form 2015 - 2016

성 | **이름** | **중간이름**

집 주소 (집 번호와 거리 이름) | **아파트 번호**

도시 | **우편번호** | **성별** ○ 남성 ○ 여성

환자분의 어머님 성함을 쓰세요 (성 빼고 이름만 쓰세요)

생년월일 (예: 월/ 일/ 생년) / /

지역번호 전화번호 - -

나이 | **유아(개월)**

인종 / 민족 (하나를 선택): ○ 아시아인 ○ 흑인/아프리칸 어메리칸 ○ 히스페닉/중남미인 ○ 백인 ○ 하와이 원주민/ 태평양 군도 원주민 ○ 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 ○ 다인종 ○ 다른 인종

당신은 어떤 종류의 건강보험을 갖고있습니까? ○ 없음 ○ 개인보험(예: 엔뎀 블루크로스, 카이저 보험) ○ 메디칼 / 메디 케이드 ○ 메디케어 ○ 모르겠음 ○ 다른 보험: : _____

1. 오늘 열이 있거나 아프십니까?	○ 예	○ 아니오
2. 임신 중이거나 혹은 임신일 거라고 생각하십니까?	○ 예	○ 아니오
3. 독감 백신에 대해서 의료 도움이 요구되는 심각한 반응을 보인 적이 있습니까 ?	○ 예	○ 아니오

본인은 제공되는 예방접종에 동의합니다 | **18세 이하인 경우, 부모 혹은 법적 보호자의 이름을 정자로 쓰십시오**

STOP - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE **SCREENER INITIALS**

4. Do you have a severe allergy to eggs?	[If YES, See Allergy Guidelines]	○ Yes	○ No
5. Do you have an allergy to thimerosal?		○ Yes	○ No
6. Do you have an allergy to latex?	[Do not use Novartis single-dose syringes]	○ Yes	○ No
7. Have you received any of these vaccines in the last 4 weeks?	[MMR, Varicella, LAIV, Shingles]	○ Yes	○ No
8. Do you have any of the following conditions? (Heart, Lung, Kidney or Liver Disease; Asthma; Cancer; Metabolic disease (i.e. diabetes); Blood Disorders (i.e. leukemia, lymphoma, sickle cell disease) Immune System Disorder (i.e. HIV/AIDS, steroid therapy)	[If YES, administer IIV ONLY]	○ Yes	○ No
9. Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (GBS)?		○ Yes	○ No
10. Have you taken any antiviral medication in the last 48 hours?	[Contraindicated for LAIV]	○ Yes	○ No

If the vaccination is for a child, ask these questions: [If YES to either, adminster IIV ONLY]

11. If child is <5 years, have they been diagnosed with with wheezing in the last 12 months?	○ Yes	○ No	○ N/A
12. Is the child taking long term medicine therapy containing ASPIRIN?	○ Yes	○ No	○ N/A

Manufacturer and Lot Number **Flu Vaccine VIS (IIV) 08/07/2015**

INACTIVATED (Flu Shot - IIV) GSK=GlaxoSmithKline Nov=Novartis SP=Sanofi Pasteur CSL=bioCSL PS=Protein Sciences

Manufacturer ○ GSK ○ NOV ○ SP ○ CSL ○ PS

Lot #

Dose ○ 1 ○ 2 **Dosage** ○ 0.25mL ○ 0.50mL **Site** ○ LD ○ RD ○ LT ○ RT

Manufacturer and Lot Number **Flu Vaccine VIS (LAIV) 08/07/2015**

LIVE (Nasal Spray - LAIV) **REMINDER LAIV Is Only For Healthy Clients 2 Thru 49 Years of Age Who Are NOT Pregnant**

Manufacturer ○ MI MI=MedImmune

Lot #

Dose ○ 1 ○ 2 **Dosage** ○ 0.20mL **Site** ○ Intranasal

Date Administered (MM/DD/YYYY) (example 10/20/2015) / /

PLEASE PRINT CLEARLY

Admin Initials:

Print Nurse Name & Title: | Nurse Signature:

Korean