



# Screening Questionnaire for Influenza Vaccination

(Please fill out form for each person receiving a vaccination today)

**Each patient must complete this form to be vaccinated.** The information on this form should be filled in for the person receiving the vaccination today. A separate form should be used for each member of your family **IF** multiple people are receiving vaccine today. **PLEASE PRINT CLEARLY!**

The following questions will help us determine if there is any reason we should not give you or your child either a live attenuated intranasal **OR** 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 clinic staff to explain it.**

**Please answer the following questions. Mark YES or NO:**

Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to the influenza vaccine in the past?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barre syndrome?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the person to be vaccinated pregnant or could she become pregnant with the next month?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the person to be vaccinated younger than age 2 years or older than age 49 years?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If you are eligible to receive FluMist vaccine this year, are you interested in FluMist instead of a traditional Flu Shot?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the person being vaccinated have any long-term health problem with heart disease, lung disease (including asthma), kidney disease, neurologic disease, liver disease, metabolic disease (e.g., diabetes), or have a cochlear implant or spinal fluid leak, or no spleen?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If the person to be vaccinated is a child age 2 through 4 years, in the past 12 months, has a healthcare provider told you the child had wheezing or asthma?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the person to be vaccinated have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem; or, in the past 3 months, have they taken medications that affect the immune system (e.g., prednisone or other steroids, drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn’s disease, psoriasis, or anticancer drugs) or have they had radiation treatments?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the person to be vaccinated receiving antiviral medications?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the person to be vaccinated a child or teen age 6 months through 17 years and receiving aspirin or salicylate-containing medicine?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the person to be vaccinated live with or expect to have close contact with a person whose immune system is severely compromised and who must be in protective isolation (e.g. an isolation room of a bone marrow transplant unit)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the person to be vaccinated received any other vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
How did you hear about the clinic today?	<input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Newspaper <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Other

First name:	Last name:		
Middle name:	Sex (Gender):	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to answer
Date of birth (MM/DD/YYYY):	Age:		
Phone:	Email:		
Address:	City:	Zip code:	

My signature below indicates that (please sign at the clinic):

- I have read or had explained to me the “Influenza Vaccine Information Statement, 2021-2022” (VIS).
- I had an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction.
- I believe I understand the benefits and risks of influenza vaccine and request that it be given to me or to the person for whom I am authorized to make the request.
- I have been provided with a copy of the Notice of Privacy Practices.
- I have answered the questions on the next page to the best of my ability.
- I understand that my vaccination record will be kept in the California Immunization Registry (CAIR) database.

**X**

<b>Signature/Guardian</b>	<b>Today’s Date</b>	<b>Relationship of Guardian</b>
---------------------------	---------------------	---------------------------------

## FOR CLINIC STAFF ONLY

Vaccine type: <input type="checkbox"/> Injectable (SHOT) <input type="checkbox"/> Intranasal (MIST)	Injection site: <input type="checkbox"/> Left arm <input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Left leg <input type="checkbox"/> Right leg	Place Lot # Sticker here
Vaccinator last name:	Vaccination date:	



# Screening Questionnaire for Influenza Vaccination

(Please fill out form for each person receiving a vaccination today)

**Cada paciente debe completar este formulario para poder ser vacunado.** Se debe llenar este formulario con la información de la persona recibiendo una vacuna hoy. Se debe llenar un formulario separado para para cada miembro de su familia **SI** es que más de una persona va a ser vacunado hoy. **¡FAVOR DE IMPRIMIR DE MANERA CLARA Y CONCISA!**

Las siguientes preguntas nos ayudarán determinar si hay alguna razón por la cual no deberíamos vacunarle a usted o a su hijo con la vacuna viva atenuada intranasal **O** la vacuna inyectable tradicional. Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. **Si una pregunta no esta clara, por favor pregunta a un empleado para se le explique.**

**Por favor, conteste las siguientes preguntas. Seleccione SÍ o NO:**

La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (fripe)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar está embarazada o podría quedar embarazada el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar es menor de 2 años o mayor de 49 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Si usted es elegible para recibir la vacuna FluMist este año, está interesado en recibir a vacuna FluMist en vez de la vacuna tradicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones (incluido el asma), enfermedad de los riñones, enfermedad de neurológica, enfermedad del hígado, o enfermedad del metabolismo (p. ej., diabetes)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la persona que se va a vacunar es un niño de 2 a 4 años, ¿en los últimos 12 meses, un proveedor de atención médica le dijo que el niño tenía sibilancia o asma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar tiene un implante coclear o fuga de líquido cefalorraquídeo, o no tiene bazo, o tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario, o, en los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afecten el Sistema inmunitario, como prednisone, otros esteroides, medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis, o se sometió a tratamiento con radiación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar recibe medicamentos antivirales contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar es un niño o un adolescente de 6 meses a 17 años y recibe terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar vive o espera tener contacto con una persona cuyo sistema inmunitario está gravemente comprometido y que tiene que estar en aislamiento protector (p. ej., una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona que se va a vacunar recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Como se enteraste de la clínica de hoy?	<input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Otro

Nombre de pila:	Apellido:		
Segundo nombre:	Sexo (Género):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):	Edad:		
Teléfono:	Correo Electrónico:		
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	

Mi firma abajo indica que (por favor firma en la clínica):

- Yo he leído o alguien me ha explicado la “Declaración de la Información de la Vacuna de Influenza 2021-2022” (Influenza Vaccine Information Statement 2021-2022).
- Yo tuve una oportunidad para hacer preguntas, las cuales fueron respondidos a mi satisfacción.
- Yo creo entender los beneficios y los riesgos de la vacuna para la Influenza y pido que se me lo den a mi o a la persona para quien soy autorizado para hacer el pedido.
- Yo he sido proveído con una copia de la Noticia de las Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices).
- Yo he respondido a las preguntas en la siguiente página al mejor de mi habilidad.
- Yo entiendo que se mantendrá un record de mi vacuna en el base de datos Registro de Inmunización de California (California Immunization Registry database).

**X**

<b>Firma/Guardián</b>	<b>Fecha de Hoy</b>	<b>Relación al Guardián</b>
-----------------------	---------------------	-----------------------------

**SOLAMENTE PARA USO DE PERSONAL DE LA CLINICA**

Vaccine type: <input type="checkbox"/> Injectable (SHOT) <input type="checkbox"/> Intranasal (MIST)	Injection site: <input type="checkbox"/> Left arm <input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Left leg <input type="checkbox"/> Right leg	Place Lot # Sticker here
Vaccinator last name:	Vaccination date:	