

**Nevada Division of Public and Behavioral Health
Rural and Community Health Services
2020-21 Seasonal Influenza Consent Form**

Insight # _____

WebIZ # _____

Please **PRINT** the following information:

Last Name _____ First Name _____ Birth Date _____

Address _____ City state and ZIP _____

Telephone Number _____

Sex Male Female Marital Status _____ How old are you today _____ Are you Hispanic Yes No

Is your race White / Black-African American / American Indian-Alaskan Native / Asian / Native Hawaiian-Pacific Islander

Please answer the following questions. Check one box per question.

<u>ARE YOU HAVING ANY COVID-19 SYMPTOMS OR HAVE YOU BEEN EXPOSED TO COVID-19?</u>	YES	NO
	Yes	No
1. Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Please indicate your insurance status *you will not be billed – for informational purposes only*	<input type="checkbox"/> Insured <input type="checkbox"/> Uninsured <input type="checkbox"/> Medicaid	

Consent and Release Statement

I have received and understand the Vaccine Information Statement for Influenza to be administered to me or to the person named above, for whom I am authorized to make this request. I also agree to allow my immunization information or the person named above, for whom I am authorized to make this request to be stored and accessed by users in Nevada's "WebIZ" computer system unless I indicate otherwise.

Signature

Date

For Office Use Only

Influenza Quad W/Pre (Flulaval Quad 2019-2020 (5.0mL vial x 1)) (6 months and older):

317 LOT# B7473 Exp. 6/30/2021

SITE: IM Deltoid: Left Right

IM Thigh: Left Right

Nurse Signature _____

Pershing County
Community Health Clinic
535 Western Ave.
Lovelock NV 89419

Homebound
 Clinic
 POD
 Other _____

Entered into WebIZ _____

Nevada Division of Public and Behavioral Health
Rural and Community Health Services
2020-2021 Seasonal Influenza Consent Form

Insight # _____
WebIZ # _____

Por favor con letra imprenta conteste la siguiente informacion:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad Estado Codigo postal _____

#Telefono _____ Sexo Male Female Edad _____ Hispano Si No

Su raza: Blanco / Africano Americano / Indio Americano -Nativo de Alaska / Asiático / Nativo Hawaiano-Islas Pacificas

Por favor conteste las siguientes preguntas. Marque una casilla por pregunta.

TIENE SINTOMAS DE COVID-19 O AS ESTADO EXPUESTO A COVID-19? SI NO

1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy? SI NO

2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna? SI NO

3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)? SI NO

4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? SI NO

5. Por favor indique su estado de seguro (no recibirás una factura, es sólo con fines informativos) Asegurado Sin seguro Medicaid

Consentimiento y Declaración de Liberación

He recibido y entiendo la declaración de información de la vacuna para la gripe debe ser administrada a mí o a la persona nombrada arriba, para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición. También autorizo a mi información de inmunización o la persona nombrada arriba, para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición para ser almacenada y visitada por los usuarios en el sistema informático de Nevada "WebIZ" a menos que indique lo contrario.

Firma _____

Fecha _____

For Office Use Only

Influenza Quad W/Pre (Flulaval Quad 2019-2020 (5.0mL vial x 1)) (6 months and older):

317 LOT# B7473 Exp. 6/30/2021

SITE: IM Deltoid: Left Right

IM Thigh: Left Right

Nurse Signature _____

Pershing County
Community Health Clinic
535 Western Ave.
Lovelock NV 89419

Homebound
 Clinic
 POD
 Other _____

Entered into WebIZ _____