



***** City of El Paso Department of Public Health *****

9566 Railroad Dr. El Paso, TX 79924

(PRINT PLEASE)

Last Name: First Name: Middle Name: Age:

Gender: M F Pregnant: Y N Maybe Race: Date of Birth: (MM/DD/YYYY)

Address: City: County: State: Zip Code:

Phone Number: Vaccination Clinic Location: Date: (MM/DD/YYYY)

MEDICAL HISTORY

YES NO

- 1. Is the patient (Child or Adult) sick today?
2. Has the patient had a severe reaction to Flu vaccine in the past?
3. Has the patient had a condition called Guillain Barre Syndrome (GBS)?
4. Is the patient under isolation for COVID-19 at this moment?
5. Has a physician or medical provider indicated NOT to receive this vaccine?

I have read, or have had explained to me, the Vaccine Information Statement about influenza vaccination. I have had a chance to ask questions, which were answered to my satisfaction, and I understand the benefits and risks of the vaccination as described. I request that the influenza vaccination be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request).

Patient/Parent or Legal Guardian Name: Signature:

Relationship to the Patient: Date:

CLINIC USE ONLY

Table with 7 columns: Date Given, Vaccine Given, Mfg, VIS Date, Lot#, Site Used, Adm. Title/signature. Includes a row for Influenza.



***** City of El Paso Department of Public Health *****

9566 Railroad Dr. El Paso, TX 79924

(FAVOR DE USAR LETRA MOLDE)

Apellido(s): Primer Nombre: Segundo Nombre: Edad:

Sexo: M F Embarazada: Sí No Probablemente Raza: Fecha de Nacimiento: (Dia/Mes/Año)

Domicilio: Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Número de Telefono: Clínica de Vacunación: Fecha de Hoy: (Dia/Mes/Año)

HISTORIAL MEDICO

Sí NO

1. ¿Está el paciente (Niño/Adulto) enfermo hoy?
2. ¿Ha tenido el paciente alguna reacción alérgica severa a la vacuna contra la influenza en el pasado?
3. ¿Ha tenido el paciente una condición llamada Síndrome de Guillain Barre (GBS)
4. ¿Está el paciente en aislamiento por COVID-19 en este momento?
5. ¿Algún medico o proveedor medico le ha indicado que NO debe recibir la vacuna del Influenza?

Yo he leído o se me ha explicado la información acerca de la vacuna contra el Influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales se han contestado a mi completa satisfacción, y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna del Influenza. Solicito que se me administre la vacuna contra el Influenza (o a la persona que se nombra en la parte superior, la cual yo estoy autorizado/a a firmar y tomar decisiones por ser el responsable legal)

Paciente/Padre O Representante Legal: _____ Firma: _____
(Letra Molde)

Parentesco con el paciente: _____ Fecha: _____

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

<u>Date Given</u>	<u>Vaccine Given</u>	<u>Mfg</u>	<u>VIS Date</u>	<u>Lot#</u>	<u>Site Used</u>	<u>Adm. Title/signature</u>
	Influenza					