



# INFLUENZA VACCINE SCREENING FORM

## 2020-2021

INVESTIGACIÓN de ANTECEDENTES SOBRE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2020-2021

Page 1 of 2  
Pagina 1 de 2

County of San Luis Obispo  
Public Health Department  
2191 Johnson Avenue  
San Luis Obispo, California 93401  
Phone: 805-781-5500  
Fax: 805-781-5543  
www.slopublichealth.org

Directions: Please fill out this form for EACH person who will be receiving the 2020-2021 Seasonal Influenza vaccine.

Instrucciones: Por favor, complete este formulario para CADA persona que va a recibir la vacuna contra la influenza estacional 2020-2021

### Demographic Information (Información demográfica)

Last Name:  
Apellido

First Name:  
Primer Nombre

Middle Initial:  
Inicial

Birthdate (mm/dd/yyyy):  
Fecha de Nacimiento

Age:  
Edad

Phone Number:  
número de teléfono

Mother's First Name:  
Primer Nombre de Madre

Gender:  
Genero

Male  
Hombre

Female  
Mujer

Decline to state  
Negar a Declarar

### Are you a County Employee? YES NO

Location you are getting your vaccine:  
consiguiendo su vacuna

Atascadero

Arroyo Grande

Other (Specify):  
Localización usted está

### Health History Information (Información sobre la historia de salud)

1. Have you ever received the flu vaccine before? ¿Usted ha recibido la vacuna contra la gripe antes?	Yes Si	No No	Unsure Inseguro
2. Are you or could you be pregnant at this time? ¿Usted está o podría estar embarazada en este momento?	Yes Si	No No	Unsure Inseguro
3. Have you ever had a severe allergic reaction to eggs? ¿Alguna vez usted ha tenido una reacción severa alérgica a los huevos?	Yes Si	No No	Unsure Inseguro
4. Have you ever had a severe allergic reaction to the influenza vaccine? ¿Usted ha tenido una reacción alérgica severa a la vacuna contra la influenza?	Yes Si	No No	Unsure Inseguro
5. Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome? (paralyzing illness) ¿Usted tiene una historia del síndrome de Guillain-Barré (enfermedad paralizante)?	Yes Si	No No	Unsure Inseguro
6. Are you sick today? ¿Usted está enfermo(a) hoy?	Yes Si	No No	Unsure Inseguro

I, the undersigned, certify that all of the above information is correct to the best of my knowledge.

El firmante, certifica que toda la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Signature (Firma) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Relationship to person named on this form:

Relación con la persona nombrada en este forma:

\*\*\*\*PLEASE TURN THIS FORM OVER FOR HIPAA ACKNOWLEDGMENT\*\*\*\*

Favor de girar la pagina para Reconocimiento de Noticia de Practicas Privadas (HIPAA)

~Do Not Write Below This Line~ No escriba debajo de esta linea~

Medical Evaluation By: _____ Print Name _____ Full Signature & suffix _____	Administered By: _____ Print Name _____ Full Signature & suffix _____	Injection Site: _____ _____
--	--	-----------------------------------

Vaccinate?

Yes No

Vaccine Lot#

[Affix Label Here]

## **Acknowledgment of Notice of Privacy Practices**

### *Reconocimiento de Noticia de Practicas Privadas*

I hereby acknowledge that I have been offered or have received a copy of San Luis Obispo County Health Agency's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice is posted in the reception area of each clinic, and I will be offered a copy.

*Reconozco que se me ha ofrecido una copia de la "Noticia de Practicas Privadas" de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Tambien reconozco que una copia reciente de la noticia esta publicada en el area de recepcion en cada clinica, y se me ofrecera una copia de cualquier Noticia de Practicas Privadas amendada en cada visita.*

Signature of Patient or Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Firma de Paciente o Padre/Guardian:*

*Fecha:*

If Parent/Guardian, State Relation to Patient: \_\_\_\_\_

*Si Padre/Guardian, Mencione su relacion al Paciente:*