



INFLUENZA VACCINE SCREENING FORM

2022-2023

INVESTIGACIÓN de ANTECEDENTES SOBRE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2022-2023

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 2022-2023 Seasonal Influenza vaccine.

Instrucciones: Por favor, complete este formulario para CADA persona que va a recibir la vacuna contra la influenza estacional 2022-2023

Demographic Information (Información demográfica)

Last Name: First Name: Middle Initial:
Apellido *Primer Nombre* *Inicial*

Birthdate (mm/dd/yyyy): Age: Phone Number:
Fecha de Nacimiento *Edad* *Numero de telefono*

Mother's First Name: Gender: Male Female Decline to state
Primer Nombre de Madre *Genero* *Hombre* *Mujer* *Negar a Declarar*

Are you a County Employee? YES NO

¿Usted es un empleado del Condado?

Location you are getting your vaccine: Colony Park - Atascadero Five Cities Fire - Arroyo Grande
Localización usted está consiguiendo su vacuna Other (Specify): _____

Health History Information (Información sobre la historia de salud)

1. Have you ever received the flu vaccine before? Yes No Unsure
¿Usted ha recibido la vacuna contra la gripe antes? *Si* *No* *Inseguro*

2. Are you or could you be pregnant at this time? Yes No Unsure
¿Usted está o podría estar embarazada en este momento? *Si* *No* *Inseguro*

3. Have you ever had a severe allergic reaction to eggs? Yes No Unsure
¿Alguna vez usted ha tenido una reacción severa alérgica a los huevos? *Si* *No* *Inseguro*

4. Have you ever had a severe allergic reaction to the influenza vaccine? Yes No Unsure
¿Usted ha tenido una reacción alérgica severa a la vacuna contra la influenza? *Si* *No* *Inseguro*

5. Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome? (paralyzing illness) Yes No Unsure
¿Usted tiene una historia del síndrome de Guillain-Barré (enfermedad paralizante)? *Si* *No* *Inseguro*

6. Are you sick today? Yes No Unsure
¿Usted está enfermo(a) hoy? *Si* *No* *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:

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

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]

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

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

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: