

INFLUENZA/PNEUMONIA VACCINE ADMINISTRATION RECORD

I have read or had explained to me the information contained in the Influenza & Pneumococcal Vaccine Information Statement(s) about the disease(s) and the vaccine(s). I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) be given to me or to the person for whom I am authorized to make this request. I have reviewed the Notice of Health Information Practices (HIPAA) and understand that immunization and billing information may be provided to school/child care officials, public health officials, health care professionals and insurance processing entities. I, the undersigned, authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance billing. I also request Medicare payment be assigned to the Oklahoma State Department of Health. Medicare patients may receive a letter as part of Medicare's anti-fraud procedures. Please be aware that these letters are not seeking payment for services from patients.

Information about person to receive vaccine (Please print)							
Name: Last		First		Middle Initial		Birthdate	
Address: Street		City		State		Zip	
Sex	Race	Social Security #		# Medicare	# Medicaid	Part B Yes ☐ No ☐	
Signature of person to receive vaccine: X _____ Date: _____							
Signature of person authorized to make the request (parent or guardian) for minor child: X _____ (_____) Date: _____ Parent or Guardian(Print Mother's Maiden Name)							

MEDICAL SCREENING QUESTIONS

(circle applicable answer on separate questionnaire for each person receiving flu vaccine)

Have you had a flu shot this year? YES NO

If yes, Check Type of Vaccine(s) and Date(s) Received: 

Have you ever had a pneumonia shot? YES NO

Flu Shot Screening Questions (Inactivated Vaccine):

1. Do you have a fever, infection or current illness today? YES NO
2. Have you ever had a reaction to influenza vaccine? YES NO
3. Do you have an allergic reaction to chicken eggs, latex, thimerosal or gelatin? YES NO
(hives, swelling lips/tongue, difficulty breathing, hypotension or shock)
4. Have you ever experienced Guillain-Barre syndrome? YES NO
(a severe paralytic illness)

☐ Seasonal Flu Shot	Date: _____
☐ Seasonal FluMist	Date: _____
☐ 2009 H1N1 Flu Shot	Date: _____
☐ 2009 H1N1 Nasal Spray	Date: _____

Spray Screening Questions (Live Intranasal Influenza):

For Persons 2 yrs Through 49 yrs of Age Only Who Request the Nasal Flu Spray.

1. Are you pregnant or planning pregnancy in the near future? YES NO
2. Do you have long term health problems with heart, lung, kidney, liver, metabolic or blood disorders? YES NO
3. Is the patient younger than 5 yrs of age with asthma or history of wheezing? YES NO
4. Have you had one or more episodes of wheezing in the past year? YES NO
5. Do you have allergic reaction to eggs, arginine, gentamicin and/or gelatin? YES NO
6. Do you have a weakened immune system or do you have close contact with anyone who has a weakened immune system? YES NO
7. Is the patient a child or adolescent on long-term aspirin treatment? YES NO
8. Has the person to be vaccinated received any other vaccines in the past 4 weeks? YES NO

FOR CLINIC USE ONLY						
Vaccine Type	Date Given	Circle Vaccine(s) Used		Lot Number	Site/Route	Given by (Signature/Initials)
Seasonal Influenza		Fluarix	Flulaval			
		Fluvirin	Fluzone			
		FluMist	6-35mos 3-18yrs			
Pneumococcal		Pneumococcal				
2009 H1N1		H1N1 09	H1N1 Nasal			
		H1N1 PresFree				

Keys to Site/Route: 1=RVL (Right Thigh) 2=LVL (Left Thigh) 3=RD (Right Deltoid) 4=LD (Left Deltoid)
 7=RG (Right Gluteal) 8=LG (Left Gluteal) 9=NASAL (Intranasal)

RECORD DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNA DE INFLUENZA Y NEUMONIA

Yo he leído o se me ha explicado la información contenida en la Declaración Informativa de Vacuna para Influenza y Neumocócica acerca de la enfermedad (es) ó la vacuna (s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que me fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna (s) y pido que se me apliquen las vacunas a mí ó a la persona por quién estoy autorizado/a para hacer esta petición. Yo he leído Artículo de Información Sobre Prácticas de Salud (HIPAA) y entiendo que la información sobre vacunas y cobros puede ser proporcionada a oficiales de escuelas, oficiales de salud pública, profesionales de salud, y entidades de procesamiento legal de seguro médico. Yo autorizo que dispongan mi información médica ó otra información necesaria para procesar la factura del seguro médico. Yo también quisiera que los pagos de Medicare sean asignados al Departamento de Salud del Estado de Oklahoma. Pacientes con Medicare pueden recibir una carta anti-fraude como proceso de Medicare. Este advertido que estas cartas no están requiriendo pago por servicios a los pacientes.

Información de la persona que recibirá la vacuna (Escriba Letra de Molde)									
Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento		Edad	
Dirección: Calle				Ciudad		Estado		Código	
Sexo		Raza		# de Seguro Social		# Medicare		# Medicaid	
								Part B Sí ☐ No ☐	
Firma de la persona que recibirá la vacuna:									
X _____ Fecha: _____									
Firma de la persona autorizada para hacer la petición del menor (padre ó guardian):									
X _____ (_____) Fecha: _____									
Padre o Guardian _____ Escriba el apellido de Soltera (mamá)									

VERIFICACIÓN DE PREGUNTAS MEDICAS

(circule la respuesta mas aplicable usando un cuestionario para cada persona recibiendo la vacuna de Influenza)

¿Recibió la vacuna de la gripe este año? **Sí No**

Si la recibió, Marque el Tipo de Vacuna(s) que Recibió y la Fecha(s):

¿A recibido la vacuna contra neumocócica (la pulmonía)? **Sí No**

Preguntas de verificación para la Vacuna de la Gripe:

- ¿Sufre hoy de fiebre, infección ú otra enfermedad? **Sí No**
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción a la vacuna contra la influenza? **Sí No**
- ¿Tiene alergia a huevos de gallina, látex, thimerosal (merthiolate) ó gelatina? **Sí No**
(ronchas, hinchazón de los labios/lengua, dificultad de respiración, presión arterial baja ó shock)
- ¿Ha sufrido alguna vez del síndrome Guillain-Barre? **Sí No**
(una enfermedad severa de parálisis)

☐	Vacuna Estacional de la Gripe	Fecha: _____
☐	FluMist Estacional	Fecha: _____
☐	2009 H1N1 Vacuna de la Gripe	Fecha: _____
☐	2009 H1N1 Rocío Nasal	Fecha: _____

Preguntas de verificación para el Rocío Nasal (Intranasal Viva):

Para personas de 2 años a 49 años de edad solamente que desean recibir el Rocío Nasal de la Influenza.

- ¿Estas embarazada o estas planeando en un futuro cercano un embarazo? **Sí No**
- ¿Tiene problemas de salud en duración larga con el corazón, pulmones, riñones, hígado, metabolico ó enfermedad de la sangre? **Sí No**
- ¿Es el paciente menor de 5 años de edad con asma o con historia medica de respiración sibilante? **Sí No**
- ¿Ha tenido uno ó mas episodios de respiración sibilante en el ultimo año? **Sí No**
- ¿Tiene alergia a huevos, arginina, gentamicina y/ó gelatina? **Sí No**
- ¿Sufre de sistema inmunológico debilitado ó tiene contacto con alguien que sufre de sistema inmunológico débil? **Sí No**
- ¿Es el paciente un niño/a ó adolescente con tratamiento prolongado de aspirina? **Sí No**
- ¿Ha recibido la persona que será vacunada otra vacuna en las últimas 4 semanas? **Sí No**

PARA USO DE LA CLINICA SOLAMENTE - For Clinic Use Only

Vaccine Type	Date Given	Circle Vaccine(s) Used		Lot Number	Site/Route	Given by (Signature/Initials)
Seasonal Influenza		Fluarix	Flulaval			
		Fluvirin	Fluzone			
		FluMist	6-35mos 3-18yrs			
Pneumococcal		Pneumococcal				
2009 H1N1		H1N1 09	H1N1 Nasal			
		H1N1 PresFree				

Keys to Site/Route: 1=RVL (Right Thigh) 2=LVL (Left Thigh) 3=RD (Right Deltoid) 4=LD (Left Deltoid)
7=RG (Right Gluteal) 8=LG (Left Gluteal) 9=NASAL (Intranasal)