



507 N. Nanum Street, Suite 102  
 Ellensburg, WA 98926  
 T: 509.962.7515 F: 509.962.7581  
 www.co.kittitas.wa.us/health/

**Staff only**  
 6m-18  
 Year 21: \_\_\_\_\_

**Staff only**  
 Check-in Hour: \_\_\_\_\_  
 Entered in WAIS:  \_\_\_\_\_  
 Initial

### Influenza Vaccine Intake Form (6 Month +)

Name: (Last)	(First)	(Middle Initial)	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Age:
Mailing Address:	City:	Zip:	Home Phone:	Birth date:

**Please answer the following questions for the person receiving the vaccine**

Does the child have health insurance?  Yes  No (if yes, select below)  
 Apple Health Free  Apple Health with Premium  Private

	YES	NO	UNSURE
1. Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have a severe allergy to eggs or to a vaccine component?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a severe reaction, including Guillain-Barre Syndrome, after receiving a flu vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. For children, have <b>fewer than four weeks</b> passed since your child's last flu shot? <input type="checkbox"/> Check this box if this is your child's first flu shot in his or her life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ I have read or had explained to me the information on the Vaccine Information Statement (VIS) about the influenza vaccine. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine and ask that the vaccine be given to me or to the person named for whom I am authorized to make this request.

➔ I have received the Notice of Privacy Practices and consent to the disclosure of this protected health care information for treatment, payment and health care operations.

I am  the patient  the child's Parent/Guardian (please print name) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

	Manufac.	Lot #	Dose	Site	Route	Signature of Administrator
<input type="checkbox"/> Adult Flu PFS (23-24)	Seqirus	944464 06/21/24	0.5mL	LA	IM	Signature & Print Name
<input type="checkbox"/> Child Flu PFS (23-24)	FLULAVAL	4E25J 06/30/24	0.5mL	RA		_____
				LL		<b>Co-Signer (Signature &amp; Print Name)</b>
				RL		_____

FD	Version: 3	Supersedes: 2	Date Adopted: 10/19/2023	Modified/Created By: Cambron Walker & Kate Johnson	Approval By: Chelsey Loeffers
----	------------	---------------	-----------------------------	--	-------------------------------



507 N. Nanum Street, Suite 102  
 Ellensburg, WA 98926  
 T: 509.962.7515 F: 509.962.7581  
 www.co.kittitas.wa.us/health/

**Staff only**  
 12-18  
 Year 21: \_\_\_\_\_

**Staff only**  
 Check-in Hour: \_\_\_\_\_  
 Entered in WAIS:  \_\_\_\_\_  
 Initial

**Formulario de Admisión de la vacuna contra la Influenza (6 meses +)**

Nombre: (Apellido)	(Primer nombre)	(M.I.)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Edad:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:

¿Tiene el niño seguro médico?  SÍ  NO (en caso afirmativo, seleccione a continuación)  
 Apple Health Gratis  Apple Health con prima  Seguro médico Privado

**Responda las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna**

	SÍ	NO	INSEGURO
1. ¿Está enferma hoy la persona que se va a vacunar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene una alergia grave a los huevos o a un componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que va a ser vacunada alguna vez ha tenido una reacción grave, incluido el síndrome de Guillain-Barré, después de recibir una vacuna contra la gripe en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En el caso de los niños, ¿han pasado <b>menos de cuatro semanas</b> desde la última vacuna contra la gripe de su hijo?  <input type="checkbox"/> Marque este cuadro si esta es la primera vez que su hijo se vacuna contra la gripe en su vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ He leído o me han explicado la información de la Declaración de Información sobre la Vacuna (VIS) sobre la vacuna contra la gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que la vacuna se me administre a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

➔ He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y doy mi consentimiento para la divulgación de esta información de atención médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

Soy  el paciente  el padre/tutor del niño (nombre imprimido) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

	Manufac.	Lot #	Dose	Site	Route	Signature of Administrator
<input type="checkbox"/> Adult Flu PFS (23-24)	Seqirus	944464 06/21/24	0.5mL	LA	IM	Signature & Print Name
<input type="checkbox"/> Child Flu PFS (23-24)	FLULAVAL	4E25J 06/30/24	0.5mL	RA		Co-Signer (Signature & Print Name)
				LL		
				RL		

FD	Version: 3	Supersedes: 2	Date Adopted: 10/19/2023	Modified/ Created By: Cambron Walker & Kate Johnson	Approval By: Chelsey Loeffers
----	------------	---------------	--------------------------	---	-------------------------------