

2020 ADULT 317 Program FLU SHOT ONLY

VINELAND DEPT OF HEALTH

PO Box 1508, 610 Montrose Street Vineland NJ 08362-1508

Phone: 856-794-4000 Ext. 4806

Black		Uninsured
White		Underinsured
Hispanic		
Other:	New Revisit First	Male - Female AGE:

IMMUNIZATION HISTORY & PHYSICAL Date: ____ / ____ / ____

Last Name _____ First Name: _____ Birth Date: _____
 (Apellido) (Nombre) (Fecha de nacimiento)
 Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 (Dirección de correo) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
 Home Phone #: _____ Cell Phone #: _____
 (Teléfono) (Celular)

1) Are you sick today? <i>¿Está usted enfermo hoy?</i>	Yes/Sí	No
2) Do you have allergies to a vaccine component of the influenza vaccine? <i>¿Tiene alergias a algún componente de la vacuna de influenza?</i>	Yes/Sí	No
3) Have you ever had a serious reaction after receiving an influenza vaccination? <i>¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna de influenza?</i>	Yes/Sí	No
4) Have you ever had Guillain-Barre Syndrome? <i>¿Ha tenido alguna vez Síndrome de Guillain-Barre?</i>	Yes/Sí	No

CONSENT (Consentimiento):

I give consent to receive a Flu Vaccine. I understand that I should at my next visit, inform my family doctor of immunizations received. I understand that I should call my doctor or go to the nearest emergency room if I have a reaction to the vaccine.
(Doy mi consentimiento para recibir una vacuna contra la gripe (influenza). Entiendo que debo, en mi próxima visita, informar a mi médico de familia sobre las inmunizaciones recibidas. Entiendo que debo llamar a mi médico o ir a la sala de emergencias más cercana si tengo una reacción a la vacuna.)

I give permission for my immunization information to be included in the NJ Immunization Information System. Information about this program will provide a central record of my immunization history available upon request.
(Yo doy el permiso para la información de inmunización ser incluida en el Sistema de Información de Inmunización de Nueva Jersey. Información sobre este programa proporcionará un registro central de la historia de vacunación disponible bajo petición.)

I have received a copy of the post-vaccine Flu Care, the Vaccine Specific Information Sheet, and the Notice of Privacy Practices.
He recibido una copia de la Atención de la gripe después de la vacuna, la Hoja de información específica de la vacuna y el Aviso de prácticas de privacidad. .

Signature (Firma) _____

_____ R.N.

_____ DATE

Flu	1	2	IM
Manufacturer:	LABEL		
Lot #	HERE		
Exp Date:			
Site:	RA	LA	RT LT
VIS: 8/15/19 Sp:8/15/19			
Date VIS Given:	_____		

Form Content Based on CDC and IAC Recommendations for 9/2019 1r
 Reviewed by: Pearl M. Thompson PHN Supervisor/updated date 9/27/19 LRamos RN