



Male or  Female

### H1N1 Influenza Vaccine Administration Consent

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      MI                      Date of Birth                      Phone Number

\_\_\_\_\_  
Mailing Address                      City                      State                      Zip Code

Is the person receiving vaccine today allergic to eggs?                       Yes     No  
Has the person receiving vaccine today had Guillain-Barré Syndrome?                       Yes     No

I have read or have had explained to me information about influenza H1N1 (swine flu) vaccine. The questions I asked were answered to my satisfaction. I understand the benefits/risks of the vaccines. I request the vaccine be administered to the person named above, for whom I am authorized to make this request.

I have reviewed the guidelines. If both vaccines are available I prefer:     Nasal Spray     Injection

I give permission to **enroll** me or my child and to **transfer** my or my child's immunization records into the **Idaho Immunization Reminder Information System (IRIS)** to ensure that this vaccination record is available to me, my or my child's health care providers, child care providers, and schools. I understand I may be asked for information that will help ensure my or my child's records are accurate and will not be confused with another person's records, such as: mother's maiden name, gender, and child's eligibility for free vaccine. I authorize inclusion of all information into IRIS and redisclosure of this information from IRIS to authorized users.     Yes    or     No

Signature X \_\_\_\_\_ Relationship to Child \_\_\_\_\_

Since this is a special event, photographs will be taken throughout the day. I give my permission for Southwest District Health to publish or have published my or my child's photograph for use in providing information pertaining to Southwest District Health and its services.

I have been given the opportunity to review the **HIPAA Disclosure** and a copy can be provided to me at my request.

Signature X \_\_\_\_\_ Date X \_\_\_\_\_  
Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request (parent/legal guardian)

For Clinic/Office Use Only

Clinic Site: \_\_\_\_\_ Clerical Initials: \_\_\_\_\_

Flu Manufacturer:     Sanofi     Aventis     GSK     MedImmune    Lot #: \_\_\_\_\_

Inject Site:  Lt     Rt                       deltoid                       thigh                      Other: \_\_\_\_\_

Nasal Spray    Lot #: \_\_\_\_\_

Date Given: \_\_\_\_\_ Signature of Administrator: \_\_\_\_\_



Hombre o  Mujer

### Consentimiento de Administración de Influenza H1N1

Apellido                      Primer Nombre                      Inicial                      Fecha de Nacimiento                      Número de Teléfono

Dirección                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

¿La persona que va a recibir vacuna hoy es alérgica a huevos?                       Si    No  
¿Ha tenido la persona que va a recibir la vacuna hoy el Síndrome Guillain-Barré?                       Si    No

E leído o me han explicado la información sobre la vacuna de influenza H1N1 (Gripe Porcina). Todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios/riesgos de la vacuna. Yo pido que la vacuna sea administrada a la persona nombrada arriba, por quien yo estoy autorizado a hacer esta petición.

Revise las recomendaciones. Si ambas vacunas están disponibles yo prefiero:  Spray Nasal    Inyección

Doy mi consentimiento para que me inscriban a mi o a mi hijo/a y de transferir el archivo de inmunización mío o de mi hijo/a al **Sistema de Información de Recordatorio de Inmunización de Idaho (IRIS)** para asegurar que este registro de vacunas me sea disponible a mí, a proveedores de salud, proveedores del cuidado de mi hijo/a, y escuelas. Entiendo que pueden pedirme información que ayudará a asegurar que mi archivo o el archivo de mi hijo/a sean exactos y no haya confusión con los archivos de otra persona, como: apellido de soltera de la madre, género, y elegibilidad del niño/a para recibir vacunas gratis. Autorizo incluir toda la información en IRIS y la revelación de información de IRIS a otros usuarios autorizados.  Si o  No

Firma X \_\_\_\_\_ Parentesco con el Niño/Niña \_\_\_\_\_

Ya que este es un acontecimiento especial, fotografías serán tomadas a lo largo del día. Doy mi permiso para que Southwest District Health pueda publicar mi fotografía o la fotografía de mi hijo/a para el uso en el suministro de la información que pertenece a Southwest District Health y sus servicios.

Me han dado la oportunidad de examinar la **Revelación HIPAA** y se me puede proporcionar una copia si la pido.

Firma X \_\_\_\_\_ Fecha X \_\_\_\_\_  
Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para hacer la petición (Padre/Guardián Legal)

Para Uso de Oficina Únicamente/For Clinic/Office Use Only

Clinic Site: \_\_\_\_\_ Clerical Initials: \_\_\_\_\_

Flu Manufacturer:  Sanofi    Aventis    GSK    MedImmune   Lot #: \_\_\_\_\_

Inject Site:  Lt    Rt    deltoid    thigh   Other: \_\_\_\_\_

Nasal Spray   Lot #: \_\_\_\_\_

Date Given: \_\_\_\_\_ Signature of Administrator: \_\_\_\_\_