Sở Y Tế .Seattle & Quận King
Ghi Danh và Thỏa Thuận Chủng Ngừa Cúm (Flu)

Các thông tin về người sẽ nhận chủng ngừa cúm (Xin vui lòng viết chữ in)

Họ	Tên	Tên Lót Viết Tắt	Ngày Sinh	Tuổi	Giới Tính

Địa Chỉ: Đường	Thành Phố	Tiểu Bang	Khu Bưu Chính	Điện Thoại

Sắc Tộc (Xin đánh vào một): ☐ Tây Ban Nha-Bồ Đào Nha/Châu Mỹ La Tinh
☐ Không phải Tây Ban Nha-Bồ Đào Nha/Châu Mỹ La Tinh ☐ Đã Khước Từ

Chủng Tộc (Xin đánh vào tất cả phần ứng dụng): ☐ Á Châu ☐ Da Đen hay Mỹ Phi Châu
☐ Mỹ Da Đỏ/Thổ Dân Alaska ☐ Người Đảo Thái Bình Dương/Thổ Dân Hawaii
☐ Da Trắng/Thuộc Chủng Tộc Da Trắng ☐ Đã Khước Từ

Quý vị có cần một thông dịch viên không? ☐ **Có** ☐ **Không** **Ngôn ngữ chính:** _____

Xin trả lời các câu hỏi liệt kê phía dưới <u>cho người đang nhận chủng ngừa</u>.	CÓ	KHÔNG
1. Người này có bị dị ứng phản ứng với trứng, chất nhựa mủ, hay chất phòng phân hủy (bảo quản hóa chất)?	☐	☐
2. Người này có bao giờ bị phản ứng với thuốc chủng ngừa cúm (flu) không?	☐	☐
3. Người này có mang thai không?	☐	☐
4. Người này có những niềm tin cá nhân hay tôn giáo ngăn cản họ ăn thịt heo không?	☐	☐

Tôi đã được đưa một bản sao và đã đọc hay được giải thích cho tôi các thông tin trong Bản Thông Tin Chủng Ngừa cho chủng ngừa cúm. Tôi đã có một cơ hội hỏi các câu hỏi mà chúng đã được trả lời với sự thỏa mãn của tôi. Tôi tin rằng tôi hiểu các phúc lợi và rủi ro của việc chủng ngừa cúm và yêu cầu được chủng ngừa cúm, hay cho người có tên ở dưới mà tôi được ủy quyền thực hiện yêu cầu này.

X_____ NGÀY:_____
Chữ ký của người nhận chủng ngừa (hay người được ủy quyền yêu cầu--PHỤ HUYNH HAY NGƯỜI GIÁM HỘ)

_____ NGÀY:_____
Chữ Ký của Thông Dịch Viên

NHẬN XÉT/PHÊ BÌNH:_____

OFFICE USE ONLY - INFLUENZA VACCINE ADMINISTRATION RECORD

Vaccine given (Check below)	Vaccinator initials	Age/Group	Mfr & Lot # (Circle lot#)	Dose	Route and Site of Injection	CDC Vaccine Information Statement
		6-35 months *Prefilled syringe*	**Sanofi Pasteur UT4176BA**	**0.25 ml**	**IM** (circle site) **RT LT RD LD**	**Inactivated Influenza Vaccine 7/26/11**
		6-35 months *Multi-dose vial*	**Sanofi Pasteur UH463AB UH467AB UH476AB UH477AB UH477AD**	**0.25 ml**		
		3 years through adult *Multi-dose vial*		**0.5 ml**		
		4 years through adult, special groups *Prefilled syringe*	**Novartis 11032P 11132P**	**0.5 ml**		