

2020-2021 Influenza Vaccination Authorization Record
流行性感冒預防疫苗注射同意書

Registro de Autorización para Vacunas Contra la Influenza

This form must be signed by the vaccine recipient or by the parent, guardian, or other authorized person on the date the vaccine is administered.

Manufacturer/Brand: _____
 Vaccine Type: _____
 Lot Number: _____
 Expiration Date: _____
 Facility Site: _____
For site use only (do not send to DPH)
 Edition Date of VIS: _____

I have read or had explained to me the 2020-2021 Influenza Vaccine Information Statement. I have had an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of influenza vaccine and request that it be given to me or to the person for whom I am authorized to make this request.

本人已經閱讀過關於2020至2021年流行性感冒預防疫苗的資料。我有機會發問並得到滿意的答覆。我也明白注射流行性感冒預防疫苗的益處和危險性。現在同意為我或為下列我所監護者注射。

He leído o me han explicado la "Hoja de Información Sobre la Vacuna Contra la Influenza 2020-2021." He tenido la oportunidad para hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que se me administre o se le administre a la persona para quien estoy autorizado(a) para efectuar esta solicitud.

Date Fecha	Staff Initials	Shot Site	Signature Vaccine Recipient (or Authorized Person, Include Recipient Name) Firma Paciente (o la Persona Autorizada, Incluya el Nombre del Paciente) 接受疫苗注射者簽名 (或監護人代簽)	VFC Eligible (Y/N)?	Age in Years check one column only Edad en Años marque solo una columna 年齡(請選 - 欄)							Drop-In? (Not a regular patient)
					6-35 mo	3-6 yrs	7-18 yrs	19-49 yrs	50-59 yrs	60-64 yrs	65 + yrs	
			1.									
			2.									
			3.									
			4.									
			5.									
			6.									
			7.									
			8.									
			9.									
			10.									
			11.									
			12.									
			13.									
			14.									
			15.									
			16.									
			17.									
			18.									
			19.									
			20.									
TOTALS	→	→	→									