

Influenza Vaccine Administration Form

Injection Site: ☐ Left Arm ☐ Right Arm Vaccine Manufacturer _____ Lot Number _____

Influenza Vaccine Administration Form

Fòmilè pou pèmèt bay vaksen kont grip sovaj (Haitian-Creole Translation)

Name _____

Non _____

Department and Title or Discipline _____

Depatman oswa kalite travay _____

Are you allergic to eggs? ☐ Yes ☐ No

Èske ze fè ou malad? ☐ Wi ☐ Non

Have you ever had a reaction to the flu shot?
☐ Yes ☐ No

Èske piki kont grip sovaj konn fè reyaksyon sou
ou? ☐ Wi ☐ Non

Have you ever had Guillain-Barré syndrome?
☐ Yes ☐ No

Èske ou janm soufri ak nevrit oswa anflamasyon
nè? ☐ Wi ☐ Non

Are you sick with a fever? ☐ Yes ☐ No

Èske ou gen maladi lafyèv? ☐ Wi ☐ Non

Formulario de administración de vacunas contra la influenza (Spanish Translation)

Formulário para a vacinação contra gripe (Portuguese Translation)

Nombre _____

Nome _____

Departamento o disciplina _____

Departamento ou Disciplina _____

¿Es alérgico(a) a los huevos? ☐ Sí ☐ No

Você é alérgico a ovos? ☐ Sim ☐ Não

¿Ha tenido alguna reacción alérgica a la vacuna
contra la gripe? ☐ Sí ☐ No

Já foi acometido de alguma reação à vacina contra
gripe? ☐ Sim ☐ Não

¿Ha padecido el síndrome Guillain-Barré?
☐ Sí ☐ No

Já foi acometido de síndrome de Guillain-Barré?
☐ Sim ☐ Não

¿Está enfermo(a) con fiebre? ☐ Sí ☐ No

Está com febre? ☐ Sim ☐ Não