

# FREE FLU SHOTS

*First Responder Point of Dispensing Exercise*

For County and City Employees, First Responders, and Family Members

**Wednesday,  
October 25, 2023 3PM - 6PM**

- FluMist available in limited quantities
- Preservative-free vaccine available for pregnant individuals
- No high-dose vaccine; call 805-781-5500 to make an appointment for high dose vaccine
- Supplies limited; first come, first served

## MORRO BAY

Morro Bay Fire Dept.  
715 Harbor Street

## SAN LUIS OBISPO

SLO City Fire Dept.  
Station #1  
2160 Santa Barbara Street

## PASO ROBLES

Paso Robles Fire Dept.  
Station #1  
900 Park Street

## GROVER BEACH

Five Cities Fire Authority  
Station #68  
701 Rockaway Ave & South 7th Street

For more details and to complete and print the registration form ahead of time, visit:

[www.slocounty.ca.gov/FluShot2023](http://www.slocounty.ca.gov/FluShot2023)





# INFLUENZA VACCINE SCREENING FORM

## 2023-2024

INVESTIGACIÓN de ANTECEDENTES SOBRE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2023-2024

Page 1 of 2  
Pagina 1 de 2

County of San Luis Obispo  
Public Health Department  
2191 Johnson Avenue  
San Luis Obispo, California 93401  
Phone: 805-781-5500  
Fax: 805-781-5543  
www.slopublichealth.org

Directions: Please fill out this form for EACH person who will be receiving the 2023-2024 Seasonal Influenza vaccine.

Instrucciones: Por favor, complete este formulario para CADA persona que va a recibir la vacuna contra la influenza estacional 2023-2024

Print Form

Reset Form

### Demographic Information (Información demográfica)

Last Name:  First Name:  Middle Initial:   
Apellido Primer Nombre Inicial

Birthdate (mm/dd/yyyy):  Age:  Phone Number:   
Fecha de Nacimiento Edad Numero de telefono

Mother's First Name:  Gender:  Male  Female  Decline to state  
Primer Nombre de Madre Genero  Hombre  Mujer  Negar a Declarar

Are you a County Employee?  YES  NO

¿Usted es un empleado del Condado?

Location you are getting your vaccine:  SLO PHD  Grover Beach PHD  Paso Robles PHD  
Localización usted está consiguiendo su vacuna  Other (Specify): \_\_\_\_\_

### Health History Information (Información sobre la historia de salud)

- Have you ever received the flu vaccine before?  Yes  No  Unsure  
¿Usted ha recibido la vacuna contra la gripe antes? Si No Inseguro
- Are you or could you be pregnant at this time?  Yes  No  Unsure  
¿Usted está o podría estar embarazada en este momento? Si No Inseguro
- Have you ever had a severe allergic reaction to eggs?  Yes  No  Unsure  
¿Alguna vez usted ha tenido una reacción severa alérgica a los huevos? Si No Inseguro
- Have you ever had a severe allergic reaction to the influenza vaccine?  Yes  No  Unsure  
¿Usted ha tenido una reacción alérgica severa a la vacuna contra la influenza? Si No Inseguro
- Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome? (paralyzing illness)  Yes  No  Unsure  
¿Usted tiene una historia del síndrome de Guillain-Barré (enfermedad paralizante)? Si No Inseguro
- Are you sick today?  Yes  No  Unsure  
¿Usted está enfermo(a) hoy? Si No Inseguro

I, the undersigned, certify that all of the above information is correct to the best of my knowledge.  
El firmante, certifica que toda la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Signature (Firma) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_ Relationship to person named on this form:   
Relación con la persona nombrada en este forma:

~Do Not Write Below This Line~ No escriba debajo de esta línea~

Medical Evaluation By:  
Print Name \_\_\_\_\_  
Full Signature & suffix \_\_\_\_\_

Administered By:  
Print Name \_\_\_\_\_  
Full Signature & suffix \_\_\_\_\_

Injection Site:

Vaccinate?  
 Yes  No

Vaccine Lot#  [Affix Label Here]

\*\*\*\*PLEASE TURN THIS FORM OVER FOR HIPAA ACKNOWLEDGMENT\*\*\*\*  
Favor de girar la pagina para Reconocimiento de Noticia de Practicas Privadas (HIPAA)

## **Acknowledgment of Notice of Privacy Practices**

### *Reconocimiento de Noticia de Practicas Privadas*

I hereby acknowledge that I have been offered or have received a copy of San Luis Obispo County Health Agency's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice is posted in the reception area of each clinic, and I will be offered a copy.

*Reconozco que se me ha ofrecido una copia de la "Noticia de Practicas Privadas" de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Tambien reconozco que una copia reciente de la noticia esta publicada en el area de recepcion en cada clinica, y se me ofrecera una copia de cualquier Noticia de Practicas Privadas amendada en cada visita.*

Signature of Patient or Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Firma de Paciente o Padre/Guardian: Fecha:*

If Parent/Guardian, State Relation to Patient: \_\_\_\_\_  
*Si Padre/Guardian, Mencione su relacion al Paciente:*