

## Patient/Proxy Influenza Vaccination Phone Script (English version)

CaseID \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Obtain verbal consent (Appendix E) before proceeding.** I'd like to ask you a few questions about [patient's name/ child's name]'s vaccination history before [he/she] was hospitalized for influenza or the flu. These questions will take about five minutes to answer.

**FOR CHILDREN 6 MONTHS OR OLDER**

1) Since August [flu season year], did [you/child's name] receive a flu shot or flu vaccine? This vaccine is offered every year to protect against the flu.

- Yes → go to Q1a  
 No → If patient < 9 years go to Q2  
           → If patient ≥ 9 years go to Q3  
 Unknown  
           → If patient < 9 years go to Q2  
           → If patient ≥ 9 years go to Q3

1a) For each dose received, can you tell me the date [you/child's name] received flu vaccine?

- 1) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ [MM-DD-YYYY]    Unknown  
 2) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ [MM-DD-YYYY]    Unknown

- If patient < 9 years go to Q1b  
 → If patient ≥ 9 years go to Q3

1b) Did [you/child's name] receive a shot (e.g., injected vaccine, trivalent inactivated influenza vaccine, TIV) or was it sprayed into your/his/her nose (e.g., nasal spray, FluMist, live-attenuated influenza vaccine, LAIV) or did you/he/she receive a combination of both vaccine types?

- Injected vaccine  
 Nasal spray/FluMist  
 Combination of both injected vaccine and nasal spray  
 Unknown

2). Did [you/child's name] receive influenza vaccine in any previous years?

- Yes    No    Unknown  
 → If race needed, go to Q3  
 → If ethnicity needed, go to Q4  
 → If height needed, go to Q5  
 → If weight needed, go to Q6  
 → If no other information is needed, survey is complete

3) What is [your / child's name] race? (Check only one)

- White  
 Black or African American  
 Asian/Pacific Islander  
 American Indian or Alaska Native

Patient/Proxy Influenza Vaccination Phone Script (English version)

CaseID \_\_\_\_\_

Birth date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Multiracial
- Not specified (refused)

- If ethnicity needed, go to Q4
- If height needed, go to Q5
- If weight needed, go to Q6
- If neither ethnicity nor height/weight needed, survey is complete

4) What is [your / child's name] ethnicity?

- Hispanic or Latino
- Non-Hispanic or Latino
- Not Specified (refused to answer)

- If height needed, go to Q5
- If weight needed, go to Q6
- If height/weight not needed, survey is complete

5) What is [your / child's name] height?

HEIGHT: \_\_\_\_\_  Inches  Centimeters  Unknown height

- If weight needed go to Q6
- If weight not needed survey complete

6) What is [your / child's name] weight?

WEIGHT: \_\_\_\_\_  Pounds  Kilograms  Unknown weight

**These are all my questions. Do you have any questions for me? [If yes, answer.] Thank you for your time.**

---

**FOR ADULT PATIENTS (≥18 YEARS)**

1. Since August [flu season year], did [you/patient's name] receive a flu shot or flu? This vaccine is offered every year to protect against the flu.

- Yes → go to Q1a
- No
  - If race needed, go to Q2
  - If ethnicity needed, go to Q3
  - If height needed, go to Q4
  - If weight needed, go to Q5
  - If no other information is needed, survey is complete
- Unknown
  - If race needed, go to Q2
  - If ethnicity needed, go to Q3
  - If height needed, go to Q4
  - If weight needed, go to Q5
  - If no other information is needed, survey is complete

Patient/Proxy Influenza Vaccination Phone Script (English version)

CaseID \_\_\_\_\_

Birth date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1a) Can you tell me the date [you/patient's name] received flu vaccine?

1) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ [MM-DD-YYYY]     Unknown

2) What is [your / patient's name] race? (Check only one)

- White
- Black or African American
- Asian/Pacific Islander
- American Indian or Alaska Native
- Multiracial
- Not specified (refused)

→ If ethnicity needed go to Q3

→ If height needed go to Q4

→ If weight needed go to Q5

→ If neither ethnicity nor height/weight needed, survey is complete

3) What is [your / patient's name] ethnicity?

- Hispanic or Latino
- Non-Hispanic or Latino
- Not Specified (refused to answer)

→ If height/weight needed go to Q3

→ If neither height nor weight is needed survey is complete

4) What is [your / patient's name] height?

HEIGHT: \_\_\_\_\_     Inches     Centimeters     Unknown height

→ If weight needed go to Q4

→ If weight not needed survey complete

5) What is [your /patient's name] weight?

WEIGHT: \_\_\_\_\_     Pounds     Kilograms     Unknown weight

**THE END. These are all my questions. Do you have any questions for me? [If yes, answer.] Thank you for your time.**

APPENDIX F. Patient/Proxy Influenza Vaccine Phone Script (Spanish version)

Case ID: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Obtain verbal consent (Appendix E) before proceeding.** Me gustaría preguntarle unas preguntas acerca de la historia de vacunación de [nombre del paciente/ hijo/a] antes de que ingresara al hospital con el virus de la gripe. Contestar estas preguntas tomará alrededor de cinco minutos.

**PARA NIÑOS DE SEIS MESES O MAYORES DE SEIS MESES**

1) ¿Desde agosto de [año], ha recibido [usted/nombre de niño/a] una inyección contra la gripe o una vacuna contra la gripe? Esta vacuna se ofrece cada año para proteger contra la gripe.

- Sí → avance a 1a
- No
  - si el paciente tiene menos de 9 años de edad, avance a 2
  - si el paciente tiene 9 años de edad o más, avance a 3
- No sabe
  - si el paciente tiene menos de 9 años de edad, avance a 2
  - si el paciente tiene 9 años de edad o más, avance a 3

1a) ¿Para cada dosis recibida, puede usted decirme la fecha en que [Ud. / nombre del niño/a] recibió la vacuna contra la gripe?

- 1) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ [MM-DD-AAAA]  No sabe
- 2) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ [MM-DD-AAAA]  No sabe

- si el paciente tiene menos de 9 años de edad, avance a 1b
- si el paciente tiene 9 años de edad o más, avance a 3

1b) ¿Cuál vacuna recibió [Ud./ nombre del niño/a]?

- Inyección
- Espray a través de la nariz
- Combinación de inyección y espray a través de la nariz
- No sabe

2) ¿Recibió [Ud./ su niño/a] la vacuna contra la gripe en algún año anterior?

- Sí
- No
- No sabe

- si se necesita saber la raza del paciente, avance al 3
- si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 4
- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 5
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
- si no se necesita saber la raza, ni la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

3) ¿Puede usted decirme cual es la raza de [el paciente/ nombre del niño/a]? (Seleccione solo una)

- Blanca
- Negra o afroamericana

APPENDIX F. Patient/Proxy Influenza Vaccine Phone Script (Spanish version)

Case ID: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Asiática o Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico
- Indioamericana o nativa de Alaska
- Multirracial
- Se negó a contestar

- si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 4
- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 5
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
- si no se necesita saber la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

4) ¿Cual es la etnicidad de [el niño/a / nombre del paciente]?

- Hispano/a o Latino/a
- No Hispano/a o Latino/a
- Se negó a contestar

- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 5
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
- si no se necesita saber la estatura ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

5) ¿Puede decirme [su estatura / la estatura de su hijo/a]?

ESTATURA: \_\_\_\_\_  Pulgadas  Centímetros  No sabe la estatura

- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
- si no se necesita saber el peso del paciente, avance hasta el final de la encuesta.

6) ¿Puede decirme [su peso / el peso de su hijo/a]?

PESO: \_\_\_\_\_  Libras  Kilogramos  No sabe el peso

**FIN DE LA ENCUESTA. Estas fueron todas mis preguntas. ¿Tiene usted alguna pregunta para mí? [Si la tiene, respóndala]. Muchas gracias por su tiempo.**

---

**PARA ADULTOS DE 18 AÑOS O MAYORES DE 18 AÑOS**

1) ¿Desde agosto de [año], ha recibido [usted/ nombre del paciente] una inyección contra la gripe o una vacuna contra la? Esta vacuna se ofrece cada año para proteger contra la gripe.

- Sí → avance a la 1a.
- No

- si se necesita saber la raza del paciente, avance al 2
- si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 3
- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5
- si no se necesita saber la raza, ni la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

- No sabe

- si se necesita saber la raza del paciente, avance al 2

APPENDIX F. Patient/Proxy Influenza Vaccine Phone Script (Spanish version)

Case ID: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 3
- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5
- si no se necesita saber la raza, ni la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

1a) ¿Puede usted decirme la fecha en que [usted /nombre del paciente] recibió la vacuna contra la gripe?

1) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ [MM-DD-AAAA]       No sabe

2) ¿Puede usted decirme cual es la raza [suya/ del paciente]? (Seleccione solo una)

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Asiática o Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico
- Indio americano o nativo de Alaska
- Multirracial
- Se negó a contestar

- si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 3
- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5
- si no se necesita saber la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

3) ¿Puede usted decirme cual es la etnicidad [suya/ del paciente]?

- Hispano/a o Latino/a
- No Hispano/a o Latino/a
- Se negó a contestar

- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5
- si no se necesita saber la estatura ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

4) ¿Puede decirme la estatura [suya/ del paciente]?

ESTATURA: \_\_\_\_\_  Pulgadas     Centímetros     No sabe la estatura

- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5
- si no se necesita saber el peso del paciente, la encuesta se ha completado

5) ¿Puede decirme [su peso]?

PESO: \_\_\_\_\_  Libras     Kilogramos     No sabe el peso

**EL FIN. Estas fueron todas mis preguntas. ¿Tiene usted alguna pregunta para mí? [If yes (Sí), answer]. Muchas gracias por su tiempo.**

