

Departamento de Salud Pública del Condado Kittitas
2016 Formulario para la vacuna de influenza (la gripe)

Nombre: (Apellido)	(Primer)	(Segundo inicial)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Edad:
--------------------	----------	-------------------	--	-------

Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:
------------	---------	----------------	-----------	----------------------

¿Tiene Medicare numero?

Medicare _____

Favor de contestar las siguientes preguntas para la persona recibiendo la vacuna.

	Sí	NO	No sé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a los huevos o a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción o síndrome de Guillain-Barre seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Para los niños, han pasado menos de cuatro semanas desde la última vacuna de gripe de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la primera vacuna contra la gripe para su hijo en toda su vida.			

¿Cómo supo de esta clínica? Periódico Radio Volante Doctor/Medico Amigo/familia Otro _____

➔ He leído o me han explicado la información sobre la vacuna contra la gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me la han contestado a mi satisfacción. Yo entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y pido que me administren la vacuna o que la administren a la persona indicado arriba.

➔ Firmando esta forma, reconozco que he recibido el Aviso de las Normas de Privacidad y doy mi consentimiento para la revelación de la Información de Salud Protegida para el tratamiento, pagos, y las operaciones del cuidado de salud.

Yo soy el paciente el padre/tutor de familia (escriba el nombre por favor) _____

Firma: _____ Fecha: _____

Reviewer Notes:

	Manufac.	Lot #	Dose	Site	Route	Signature of Administrator
<input type="checkbox"/> Free Adult Flu MDV(Z23)	Seqirus	1619401	0.5cc	Left	IM	_____
<input type="checkbox"/> Adult Flu PFS (Z23)	Seqirus	168803	0.5cc			_____
<input type="checkbox"/> Infant Flu	Sanofi	UT5594LA	0.25cc	Right		_____
<input type="checkbox"/> Child Flu MDV (Z23)	GSK	E97K2	0.5cc	_____		

Paid \$ _____ Cash Check # _____ Receipt # _____