

Place Label Here

ADMINISTRACION DE LA VACUNA DEL FLU: RECORD DE LA VISITA

“Yo he leído, o me han explicado la información de la Declaración de información de vacunas o la importancia de la información, sobre las vacunas que se nombran abajo. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que se mencionan abajo, y he pedido que la vacuna o las vacunas sean puestas a mi o a la persona cuyo nombre aparece abajo, a quien estoy autorizada (o) a tomar esta decisión.”

APELLIDO					NOMBRE					INICIAL														
DIRECCIÓN:					CIUDAD					CONDADO					ESTADO					CÓDIGO				
TELÉFONO:					SEGURO SOCIAL #					ESTADO MARITAL:					SEXO: M or F									
FECHA-DE-NACIMIENTO					EDAD:					RAZA:					ESCUELA:					GRADO:				
FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA HACER LA SOLICITUD Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE EL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD (NPP).																								
X _____ FECHA _____																								
(Si la persona quien está tomando la vacuna es menor de 18 años, complete la siguiente forma oscura.)																								
<u>Padre o Guardián:</u> Apellido					Nombre					Inicial					Segundo Apellido									

<u>Favor de marcar si o no a las siguientes preguntas:</u>	Sí	No
1. ¿Es usted alérgico a huevos de pollo, plumas de pollo o caspa de pollo?		
2. ¿Es usted alérgico al preservativo thimerisol (derrivado de mercurio)?		
3. ¿Tiene usted una historia de síndrome de Guillain-Barré?		
4. ¿Ha tenido usted alguna vez reacción a cualquier <u>otra vacuna</u> ?		
5. ¿Tiene usted fiebre o esta enfermo hoy?		

*****FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY*****

Queen Anne's County Department of Health
 206 North Commerce Street
 Centreville, MD 21617

ALTERNATE SITE:	
-----------------	--

DATE OF VIS:	8/7/15
--------------	--------

VACCINE GIVEN:	Influenza shot (IIV3) circle one High Dose/Intradermal / 0.5ml / 0.25ml
----------------	--

DATE ADMINISTERED:	
--------------------	--

MANUFACTURER:	Sanofi
---------------	--------

LOT NUMBER & EXPIRATION DATES:	Lot #: _____ Exp. Date: _____
-----------------------------------	--------------------------------------

SITE OF ADMINISTRATION:	Circle one: Deltoid / Thigh Circle one: R / L Route: IM / SQ
-------------------------	--

VACCINE ADMINISTRATOR:	

	Signature/Title