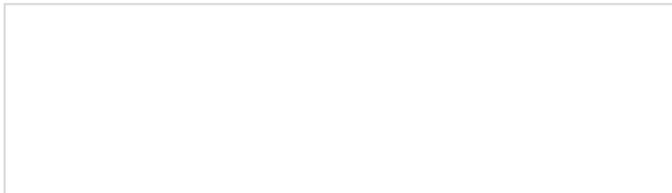


- 6-36 months old
- K-12
- Mist(2-49)
- Shot(36 mos+)
- Intradermal(18-64)
- High Dose(65+)



For Office Use Only

FLU/FLUMIST

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.)				
Padre o Guardián: Apellido		Nombre	Inicial	Segundo Apellido

Para que Medicare pague por la vacuna, por favor complete la información debajo:

NOMBRE EXACTO EN LA TARJETA DE MEDICARE: _____

NÚMERO DE MEDICARE / PARTE B # _____

FIRMA DE AUTHORIZACIÓN A CARGAR COBRO: _____

SI EL SEGURO NO PAGA POR LA VACUNA, EL PACIENTE ES RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA VACUNA.

FOR OFFICE USE ONLY

Form checked, insurance card seen (Name & Part B), VIS given and NPP witnessed by _____
(Initials)

BILL MEDICARE PART B ONLY _____

PAID \$ _____ CASH CHECK # _____ RECEIPT# _____ CREDIT CARD INITIALS _____

CC TYPE: Visa /MasterCard/ Other CC# _____ EXP. DATE: _____ CC SECURITY# _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Favor de marcar si o no a las siguientes preguntas:

	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?		

*******Continue solamente si esta recibiendo FluMist*******

6. ¿Usted esta entre los 2 años a 49 años de edad?		
7. ¿Tiene usted historia médica de enfermedades crónicas o de largo tiempo envolviendo los pulmones (como ASMA o fibrosis cística), riñón, hígado, corazón, sistema de los nervios o cerebro, (incluyendo desordenes de los músculos), sistema metabólico (como diabetes), sistema de sangre (como anemia), o sistema de inmunidad (como infección de VIH, SIDA, cancer, etcétera)?		
8. ¿Es usted alérgico a Gentamicin? ¿MSG? ¿arginine? ¿y¿ gelatin?		
9. ¿Esta usted tomando medicina que contiene aspirina?		
10. ¿Alguien en la casa tiene problemas intensos de inmunidad (recibidor de trasplante, quimioterapia intensa, o infección avanzada de SIDA/VIH)?		
11. ¿Ha recibido vacunas durante las 4 ultimas semanas? ¿Va recibir algunas vacunas durante las 4 semanas próximas?		
12. ¿Esta usted embarazada?		

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

Queen Anne's County Department of Health		Alternate site:
206 North Commerce Street		
Centreville, MD 21617		
Date of VIS	8/7/15	8/7/15
VACCINE GIVEN:	Influenza shot (IIV3) circle one High Dose/Intradermal / 0.5ml / 0.25ml	Flu Mist (LAIV4)
DATE ADMINISTERED:		
MANUFACTURER:	Sanofi	MedImmune
LOT NUMBER & EXPIRATION DATES:	Lot # _____ Exp. date: _____	Lot # _____ Exp.date: _____
SITE OF ADMINISTRATION:	Circle one Deltoid / Thigh Circle one R / L	Intranasal
SIGNATURE OF VACCINE ADMINISTRATOR:		