

FORMA DE ADMISTRACION DE LA VACUNA DE INFLUENZA PARA ADULTOS

Se me ha dado una copia y la he leído, o se me ha explicado la información en "La declaración de información de la vacuna" o: La información importante en las declaraciones de la enfermedad y vacunas que se comprobaran aquí abajo. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Yo creo y entiendo los beneficios y los riesgos de las vacuna(s) que he pedido que las vacuna(s) que he solicitado aquí abajo serán dadas a mí o a la persona nombrada aquí abajo por quien yo estoy autorizando al hacer esta solicitud.

INFORMACION Confidencial:

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Nombre del Doctor:	Medicaid #:	Condado de residencia:	Estado en el que nació:	Raza:	Origen Hispano: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono de casa: ()	

Yo estoy de acuerdo en permitir que toda la información acerca de las vacunas que se me ha suministrado o a la persona a quien yo autorice, se pueda dar a las escuelas y/o a los proveedores de cuidados médicos para evitar la administración de vacunas innecesarias y comprobar el estatus de inmunizaciones. SI NO

Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada que ha hecho la petición.

	SI	NO	NO SABE
1. Está enfermo hoy?			
2. Usted tiene alergias a medicamentos, comida o alguna vacuna?			
3. Usted ha tenido una reacción seria después de recibir una vacuna?			
4. Usted ha tenido el síndrome de Guillen-Barre?			
5. Usted es residente del condado de Bartolomé?			
6. Para las MUJERES: Está embarazada?			

v	Vaccine(s) given today	Lot #/ Manufacturer	Dose	Site Route	VIS Date	Notes:
	Influ, High Dose (65^)		IM			
	Influ, Inject, Quad, Pres. Free		IM			
	Influ, Inject, Quad, w/ Pres.		IM			

Nurses Signature

RN

Date