

Bartholomew County Health Department
2675 Foxpointe Drive Suite B, Columbus, IN 47203
812-379-1555 Opt 1

FORMA DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA DE INFLUENZA PARA NINOS

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 comprobarán 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 y 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.

Información confidencial:

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	<input type="radio"/> Género: 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: ()	
Apellido del Guardián:	Primer nombre:				

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 salud 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?			

√	Vaccine(s) given today	Lot# / Manufacturer	Dose	Site Route	VIS Date	Notes:
	VFC					
	Influ, Inject, Quad Pres. Free (6-35 months)			IM		
	Influ, inject, Quad, Pres Free (36 + months)			IM		
	PRIVATE					
	Influ, Inject, Quad Pres. Free (6-35 months)			IM		
	Influ, Inject, Quad Pres. Free (36 + Months)			IM		

Nurses Signature

RN

Date