

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Adultos (19 AÑOS O MAYOR) 2020-2021

For Office Use Only

Billing Done

Ciis Entered

Bill Other _____

Trade Done

APELLIDO NOMBRE Inicial Fecha de nacimiento Edad

Dirección: Calle o PO Box Ciudad Estado Código Teléfono

Tipo de pago: cash/efectivo check/cheque CreditCard/Tarjeta Bill Insurance/ Enviar cuenta a seguro médico

Nombre de la persona responsable del seguro médico _____

Fecha de nacimiento de la persona responsable del seguro médico _____

“He leído o me han explicado la información contenida en el papel de información sobre influenza (gripe) y la vacuna contra la gripe ESTACIONAL. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y ellas fueron satisfactoriamente respondidas. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la gripe ESTACIONAL y solicito que se me de la vacuna a mí o a la persona que nombro arriba, por la cual tengo la autorización para hacer esta solicitud”

X _____

Firma de la persona que recibe la vacuna contra la influenza ESTACIONAL o de la persona autorizada para solicitar la vacunación de otra persona.

MEDICARE PARTE B:# _____ COLORADO MEDICAID id:# _____

Vacuna contra la influenza estacional \$25

<u>CUESTIONARIO</u>	NO	SI
1) ¿Usted es severamente alérgico a los huevos?		
2) ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a la vacuna contra la gripe?		
3) ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con el síndrome Guillian-Barre (una enfermedad que produce parálisis severa)		
4) ¿Está usted un poco o muy enfermo hoy? (si está usando antibióticos y se siente bien, conteste NO)		
5) ¿Está embarazada?		

For Office Use:

Location: Gunnison Fairgrounds or Crested Butte Community School

Dose: 0.5 mL IM VIS 8/15/19

Vaccine Lot: #1 #2

Site: LD RD Other: _____

Signature of SEASONAL flu Vaccine Administrator: _____

Date SEASONAL flu vaccine given: 10/6/20 10/7/20 Other: _____