

# VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL

## REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Niño (de 6 meses a 18 años) 2020-2021

For Office Use Only

\_\_\_ Billing Done

\_\_\_ Cjis Entered

\_\_\_ Bill Other \_\_\_\_\_

\_\_\_ Trade Done

Apellido del niño(a)    Nombre del niña(a)    Inicial    Fecha Nacimiento    Edad (años o meses)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del madre/padre \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha sido vacunado(a) alguna vez en Salud Pública? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Tipo de pago: \_\_\_ cash/efectivo \_\_\_ check/cheque \_\_\_ CreditCard/Tarjeta de credito \_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Número de

Medicaid: \_\_\_\_\_

Sin 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 que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra de la gripe ESTACIONAL y solicitó que me sea aplicada la vacuna o le sea aplicada a la persona que nombro arriba, para la cual tengo la autorización para hacer esta solicitud”

FIRMA DEL PADRE o MADRE: X \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO		NO	SI
1	¿Es su niño (a) alérgico(a) a los huevos?		
2	¿Alguna vez su niño(a) ha tenido una reacción severa a la vacuna contra la influenza-gripe?		
3	¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con el síndrome Guillain-Barre?		
4	¿Ha estado su hijo(a) un poco enfermo hoy? (si está usando antibióticos y no se siente bien, conteste NO)		
5	¿Su hija está embarazada?		

For Office Use:

Location: Gunnison Fairgrounds    or    Crested Butte Community School

Dose: Fluarix 0.5 mL IM VIS 8/15/19

Vaccine Lot: #1 #2

Site: LT    RT    LD    RD

Signature of SEASONAL flu Vaccine Administrator: \_\_\_\_\_

Date flu vaccine given: 10/6/20    10/7/20    Other: \_\_\_\_\_