

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL**REGISTRO DE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS**

Niño (de 6 meses a 18 años) 2018-2019

For Office Use Only

 Billing Done Cjis Entered Bill Other _____ Trade Done

Apellido del niño/a Nombre del niña/o 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 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. Creo que 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"

FIRMA DEL PADRE o MADRE: X _____

| CUESTIONARIO | | NO | SI |
|--------------|---|----|----|
| 1 | ¿El/la niño/a es severamente alérgico/a los huevos? Is your child allergic to eggs? | | |
| 2 | ¿Alguna vez el/la niño/a ha tenido una reacción severa a la vacuna contra la gripe? Has your child ever had a severe reaction to a previous flu shot? | | |
| 3 | ¿Su hijo/a tiene historia del síndrome Guillain-Barre? Was child diagnosed w/ Guillain-Barre Syndrome? | | |
| 4 | ¿Está su hijo/a un poco o muy enfermo hoy? (si está usando antibióticos y se siente bien, conteste NO) Is your child ill today? (If taking antibiotics but not feeling well check NO) | | |
| 5 | ¿Su hija está embarazada? Pregnant? | | |

SHOT

Child's age: _____ 6 mos-35 mos (0.25 cc)

Child's age: _____ 3-18 yrs (0.5 cc)

For Clinic Use Only: VIS: *inactivated SEASONAL flu 08/07/15 given*

Vaccine: _____ 1/4 cc Fluzone (pink) Lot: #1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10

_____ 1/2 cc Fluzone (blue) Lot: #1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10

SITE RT LT RD LD

Signature of Vaccinator: _____

Date SEASONAL FLU VACCINE given: 10/18/18 _____ 10/25/18 _____

clinic site: GCPH/CB/SS/P/LR/SSH/Tdft