

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL
REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN
ADULTOS (19 AÑOS o MAYOR) 2018-2019

For Office Use Only
<input type="checkbox"/> Billing Done
<input type="checkbox"/> Ciis Entered
<input type="checkbox"/> Bill Other _____
<input type="checkbox"/> 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. 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”

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

CUESTIONARIO	NO	SI
1) ¿Usted es severamente alérgico a los huevos? <small>allergic to eggs?</small>		
2) ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a la vacuna contra la gripe? <small>Have you ever had a severe reaction to a previous flu shot?</small>		
3) ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con el síndrome Guillain-Barre (una enfermedad que produce parálisis severa) <small>diagnosed w/ Guillain-Barre Syndrome?</small>		
4) ¿Está usted un poco o muy enfermo hoy? (si está usando antibióticos y se siente bien, conteste NO) <small>ill today? (If taking antibiotics but not feeling well check NO)</small>		
5) ¿Está embarazada? <small>Pregnant?</small>		

For Office Use:
Location: Gunnison Public Health CB Town Hall
Dose: 0.5 cc IM VIS 8/07/15

Vaccine Lot: #1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10 Site: LD RD

Signature of SEASONAL flu Vaccine Administrator: _____

Date SEASONAL flu vaccine given: 10/18/18 10/25/18 Other: _____