Registro del Proveedor Público de Administración de Vacunas contra la Influenza A (H1N1) (Simplicista)

Nombre (en letra de imprenta)

Uso de la escuela sólamente:
Child needs second dose ☐ Yes ☐ No

Apellido

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Numero de la Calle | Nombre de la Calle | No. de Apto.

Cuidad/Municipio | Estado | Código Postal

Número de teléfono de usted o del padre/tutor ( ) - | Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) / / | Edad (en años) (Si vacuna tiene <1 ano, coloque la edad en meses)

Nombre del Padre / Tutor (en caso de un menor de edad) | Apellido del Padre / Tutor (en caso de un menor de edad)

Nombre de la escuela -- PARA CLÍNICAS ESCOLARE SÓLAMENTE

Por favor, conteste las siguientes preguntas

¿Usted (el adulto o menor de edad) está embarazada o piensa que puede estarlo?	☐ Sí	☐ No
¿Usted (adulto o menor de edad) tiene fiebre actualmente?	☐ Sí	☐ No
¿Usted (adulto o menor de edad) ha tenido en algún momento una reacción grave por la vacuna de influenza?	☐ Sí	☐ No
¿Usted (adulto o menor de edad) es alérgica a los huevos, thimerosal o otro componente?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticada en el pasado con el Síndrome de Guillain-Barré?	☐ Sí	☐ No
¿Usted (adulto o menor de edad) tiene cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico, o esteroides, o medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de radiación o ha recibido una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o ha recibido gama globulina?	☐ Sí	☐ No
¿Usted sigue una terapia de aspirina a largo plazo?	☐ Sí	☐ No
(adulto o menor de edad) ¿ha tomado antivirales 48 horas antes de esta visita o ha recibido una vacuna durante las 4 pasadas semanas?	☐ Sí	☐ No

¿Usted (adulto o menor de edad) ¿sufre de alguna de las siguientes condiciones médicas?

☐ Asma ☐ Cáncer ☐ Problemas del Corazón ☐ Problemas en los Riñones ☐ Problemas en los Pulmones
☐ Trastorno en la Sangre ☐ Diabetes ☐ Trastorno del Sistema Inmunológico ☐ Problemas en el Hígado ☐ Problemas Neurológicos

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME A CONTINUACIÓN. PADRE / TUTOR: por favor, firme en representación del menor de edad y escriba su nombre y apellido en las siguientes casillas. He recibido la VIS de la Vacuna Monovalente de la Influenza A (H1N1). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Solicito que me coloquen la vacuna (o que se la coloquen a la persona por la cual estoy autorizado a hacer esta petición). Autorizo la comunicación de cualquier información, médica o no, necesaria para procesar la reclamación al seguro o por cualquier otro propósito de salud pública. Firma de la persona que recibe la vacuna o del padre / tutor (en caso de un menor de edad):

DETÉNGASE - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (el administrador de la vacuna se encargará de completar esta sección)

Date Vaccine Administered (mm/dd/yyyy) / / | MVA # 12 | PIN 1068 | Screener Init | Signature & Title of Vaccine Administrator:

Dose No ☐ 1 ☐ 2 | Site ☐ RD ☐ LD ☐ RT ☐ LT ☐ Intranasal | Dosage ☐ 0.25 ml ☐ 0.50 ml ☐ 0.2 ml (LAIV only)

Place Label here OR fill in boxes

Vaccine
☐ Sanofi Pasteur ☐ GlaxoSmithKline ☐ Medimmune ☐ Novartis ☐ CSL Biotherapies

Lot Number | Expiration date / /

Location or Clinic Name
STRATFORD HEALTH DEPARTMENT

Street Number 468 | Street Name BIRDSEYE STREET

City STRATFORD | State CT | Zip Code 06615

2471