

*Departamento de Salud Público del Condado de Sutter
Influenza Estacional 2019-2020*

Nombre de la persona que va recibir la vacuna (IMPRIMA el NOMBRE ABAJO):

Apellido: _____ Nombre: _____

Raza/Ethnicidad: _____

Domicilio: _____
Numero de Casa Numero de Apt. Ciudad Zona Postal

Hombre Mujer Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

He leído, o me han explicado las declaraciones de información de la vacuna inyectable contra la gripe, 08/07/2015. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe y solicito que se lo conceda a mi o a la persona para la cual estoy autorizada ser esta solicitud. **SOLAMENTE** la vacuna inyectable contra la gripe será administrada.

<i>Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de las persona que recibira las vacunas</i>	Si	No
1. ¿Esta enfermo/a hoy?		
2. ¿Tiene alergias a latex o ha un componente de la vacuna o alergia severa al huevo?		
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción seria despues de recibir una vacuna contra la gripe en el pasado?		
4. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?		
5. ¿Mujeres: hay alguna posibilidad que pueda estar embarazada?		
<i>Despues de la vacunacion, le sugerimos que espere en el sitio por 15 minutos para asegurar que usted no tenga una reaccion adversa a la vacuna.</i>		

Firme abajo si es mayor de 18 años. Si la persona recibiendo la vacuna es menor de 18 años, el padre o guardian necesita firmar abajo:

(Firme Aqui) X _____ Fecha _____

NO ESCRIBA ABAJO

Staff Use Only! <input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> State <input type="checkbox"/> Registry Consent Signed <input type="checkbox"/> Registry #: _____					
Services provided by: _____ / _____ <small>Nurse assessing patient's needs (signature) / Nurse administering vaccination (signature)</small>					
Site (Circle)	Vaccine	Manufacturer	Lot#	VIS date	Fee Received
RD LD RL LL				8/15/2019	
<small>(Circle)</small>					
Vaccine type/dose administered:		.5 DOSE	.5 DOSE (P-free)		