

INFLUENZA (VIS 08/15/19) FORMA DE ADMINISTRACION DE VACUNA

Me han dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información de la influenza y la vacuna en la "Hoja de Información de la vacuna". He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo el beneficio y el peligro de ésta y quiero que me la pongan a mí o a la persona aquí estoy representando.

Apellido	Nombre	Número de Seguro Social		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Fecha de Nacimiento	Edad	Telefono		

Por favor marque la respuesta apropiada: (Para propósitos estadísticos)

Haz estado aquí antes? Si No

Masculino	Soltero	Blanco	Asiático/Islas del Pacífico
Femenino	Casado	Negro/Africano Americano	Alaska/nativo Americano
	Divorciado	Hispano/Latino	

POR FAVOR DE CONTESTAR SI TIENA DE ESTAS CONDDICIONES:

Estas embarazada?	<u> </u> SI <u> </u> NO
ES ALÉRGICO A ALGUNA COMIDA (al huevo) O MEDICAMENTO	<u> </u> SI <u> </u> NO
Tiene alguna enfermedad o condición médica?	<u> </u> SI <u> </u> NO
Ha tenido el syndrome de Guillian-Barre	<u> </u> SI <u> </u> NO

Firma del Paciente o Padre/Tutor	Fecha
----------------------------------	-------

PARA USO DE LA CLINICA SOLAMENTE

Vaccine Provider: Seward County Health Department **Clinic Site:** 088
 103 W. 2nd Street
 Liberal, Kansas 67901

Manufacturer _____

Lot # _____

Expiration Date _____

Intranasal or IM _____

DOSAGE 0.5ml or 0.25ml

Pneumococcal 23 0.5ml site _____

Lot# _____

Expiration Date _____

Vaccine Administrator **Date**

TYPE OF PAYMENT

Credit Card _____

Check # _____

Cash _____

Insurance Company _____

Medicare/Medicaid #:
