Vaccine Administration Record - Pediatric

The doctor or clinic may keep this record in your medical file or your child's medical file. They will record what vaccine was given, when the vaccine was given, the name of the company that made the vaccine, and the address where the vaccine was given.

"I have read or had explained to me the information about Influenza vaccine. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the influenza vaccine and ask that the vaccine be given to me or the person named below for whom I am authorized to make this request. "

Name: Last _____ First _____ Male _____ Female _____

Birthdate _____ Age _____ Medicaid # _____

Home Address _____ City _____

State _____ Zip _____ Phone _____

Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request.

X _____ Date _____

	YES	NO
Have you ever had an allergic reaction to eggs?	☐	☐
Have you ever had an allergic reaction to a flu shot?	☐	☐
Have you ever had Guillain-Barré syndrome (GBS)?	☐	☐

For clinic/office use

Office address: Glenwood-2014 Blake Ave Rifle-195 W. 14th St.

Vaccine Types: A/California/7/2009(H1N1), A/Victoria/361/2011(H3N2) and B/Texas/60/2011
VIS Date 7/2/12

Vaccine Manufacturer:_____ **Vaccine Lot#**_____

Site of Injection: R. Deltoid IM 0.5cc L. Deltoid IM 0.5cc

R. Lateral Thigh IM 0.5cc L. Lateral Thigh IM 0.5cc

R. Lateral Thigh IM 0.25cc L. Lateral Thigh IM 0.25cc

Sandra Barnett, RN Sara Brainard, RN

Marie Browne, RN Laura Goodwin, RN

Barbara Kelly, RN Yvonne Long, RN

Laurel Little, RN Brenda Slappey, RN

Linda Maggiore, RN

Registro de Administración de Vacuna - Pediátrica

El médico o la clínica puede mantener este registro en su expediente médico o expediente médico de su hijo. Se registrará la vacuna que recibió, cuando se administró la vacuna, el nombre de la compañía que fabricó la vacuna, y la dirección donde se aplicó la vacuna.

"Yo he leído o se me a explicado la información sobre la vacuna antigripal. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna antigripal y autorizo se me administre la vacuna a mi o a la persona nombrada abajo por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud"

Nombre: Apellido _____ Primer _____ Masculino _____ Femenino _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Medico/# de Medicaid _____

Domicilio _____ Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____ Número Telefónico _____

Firma de la persona que recibe la vacuna o persona autorizada para hacer la solicitud.

X _____ Fecha _____

	SI	NO
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a los huevos?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a una vacuna contra la gripe?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐

Para uso clínico -- For clinic/office use

Office address: Glenwood-2014 Blake Ave Rifle-195 W. 14th St.

Vaccine Strains: A/California/07/2009(H1N1), A/Victoria/361/2011(H3N2) and B/Texas/6/2011
VIS Date: 7/2/2012

Vaccine Manufacturer: _____ **Vaccine Lot#:** _____

Site of Injection: R. Deltoid IM 0.5cc L. Deltoid IM 0.5cc

R. Lateral Thigh IM 0.5cc L. Lateral Thigh IM 0.5cc

R. Lateral Thigh IM 0.25cc L. Lateral Thigh IM 0.25cc

Sandra Barnett, RN _____ Sara Brainard, RN

Marie Browne, RN _____ Laura Goodwin, RN

Barbra Kelly, RN _____ Yvonne Long, RN

Laurel Little, RN _____ Brenda Slappey, RN

Linda Maggiore, RN _____