Registro de Administración de Vacuna

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"

Nombe: Apellido Primer Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: Edad # de Medicaid

Domicilio: City

Estado: Codigo Postal Número Telefónico

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

X Fecha

	SI	NO
¿Se siente enfermo(a) hoy?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a los huevos?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a una vacuna contra la gripe?	☐	☐
¿Está embarazada o podría quedar embarazada el próximo mes?	☐	☐
¿Tiene asma?	☐	☐
¿Tiene usted algun problema de salud a largo plazo?	☐	☐
¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas cuatro semanas?	☐	☐

Para uso clínico -- For clinic/office use

Office address: Glenwood-2014 Blake Ave Rifle-195 W. 14th St.
Vaccine Types: A/California/7/2009(H1N1), A/Victoria/210/2008(H3N2) and B/Brisbane/60/2008
VIS Date 7/26/11

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

Shari Grondahl, RN Laura Goodwin, RN

Barbara Kelly, RN Linda Maggiore, RN

Marie Browne, RN Renee McKee, RN

Laurel Little, RN Yvonne Long, RN

Sandra Barnett, RN Brenda Slappey, RN

Sara Harter, RN