6-35 months old 🞎

Place Label Here

K-12 🞎

Shot (36 mos. +) 🞎

High Dose (65+) 🞎

**\*\*\*For Office Use Only\*\*\***

**ADMINISTRACION DE LA VACUNA DEL FLU: RECORD DE LA VISITA**

“Yo he leido, o me han explicado la informacion de la Declaracion de información de vacunas o la importancia de la información, sobre las vacunas que se nombran abajo. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas a mi satisfaction. Yo entiendo los benefícios y los riesgos de las vacunas que se mencionan abajo, y he pedido que la vacuna o las vacunas sean puestas a mi o a la persona cuyo nombre aparece abajo, a quien estoy autorizada (o) a tomar esta decision.”

|  | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO NOMBRE INICIAL | | | |
| DIRECCIÓN: CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO | | | |
| TELÉFONO: | SEGURO SOCIAL # | ESTADO MARITAL: | SEXO:  M or F |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA-DE-NACIMIENTO | EDAD: | RAZA: | ESCUELA: | GRADO: |
| **FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA HACER LA SOLICITUD Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE EL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD (NPP).**  **X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **(Si la persona quien está tomando la vacuna es menor de 18 años, complete la siguiente forma oscura.)** | | | | |
| **Padre o Guardián: Apellido Nombre Inicial Segundo Apellido** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Favor de marcar si o no a las siguientes preguntas:** | **Sí** | **No** |
| 1. ¿Es usted alérgico a huevos de pollo, plumas de pollo o caspa de pollo? |  |  |
| 1. ¿Es usted alérgico al preservativo thimerisol (derrivado de mercurio)? |  |  |
| 1. ¿Tiene usted una historia de síndrome de Guillain-Barré? |  |  |
| 1. ¿Ha tenido usted alguna vez reacción a cualquier otra vacuna? |  |  |
| 1. ¿Tiene usted fiebre o esta enfermo hoy? |  |  |
|  | | |

**NAME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*** | |
| --- | --- |
| Queen Anne’s County Department of Health  206 North Commerce Street  Centreville, MD 21617 | |
| ALTERNATE SITE: |  |
| DATE OF VIS: | 08/06/2021 |
| VACCINE GIVEN: | Influenza shot (IIV3) circle one  High Dose / 0.5ml / 0.25ml |
| DATE ADMINISTERED: |  |
| MANUFACTURER: | Sanofi/GSK |
| LOT NUMBER &  EXPIRATION DATES: | Lot #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Exp. Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SITE OF ADMINISTRATION: | Circle one: Deltoid / Thigh  Circle one: R / L  Route: IM / SQ |
| VACCINE ADMINISTRATOR:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature/Title | |
|  | |

Revised 9/14/2021