



Health & Community Services

La Vacuna de la Influenza Cuestionario y Consiente

VFC Status Screening*
 Private Insurance Uninsured American Indian
 Medicaid Underinsured Alaska Native
***Required for children less than 19 years**

Seasonal Influenza Vaccine:
 VIS 8/11/09 Lot #: _____

Dose#: _____ IM: _____

Administered By _____ Date _____
 Recall Yes No

Su Nombre: (Familia)		(Primera Y Segundo Nombre)		Años:	Masculino Femenino
Padre/Madre o Tutor::		Inicio de teléfono:		Otro teléfono:	
Fecha de nacimiento:	Dirección:		Ciudad: # de Distrito Postal:		
Edad de la persona a recibir la vacuna?:	<input type="checkbox"/> menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 3 años - 8 años	<input type="checkbox"/> 25 años - 49 años		
	<input type="checkbox"/> 6 meses - 23 meses	<input type="checkbox"/> 9 años - 18 años	<input type="checkbox"/> 50 años - 64 años		
	<input type="checkbox"/> 24 meses - 35 meses	<input type="checkbox"/> 19 años - 24 años	<input type="checkbox"/> 65 años y más		

Por favor, conteste las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna.

	SÍ	NO	NO SABE
1. ¿Está enfermo hoy? (La fiebre, diarrea, vómito)
2. ¿Ha recibido la vacuna contra la gripe en el pasado? ¿Cuándo?
3. ¿Ha tenido alguna reacción seria después de vacunarse?
4. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o vacuna? Por ejemplo: huevos, gelatina, o polymycin, neomycin.
5. ¿Estás tomando algún medicina contra la gripe?
6. ¿La persona que se va a vacunar, tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?
7. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?
8. ¿Hay niños menores de 6 meses de edad en el hogar?
9. ¿Es usted un profesional de cuidados de salud que participan en el cuidado directo del paciente?
10. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones? <ul style="list-style-type: none"> • Corazón, enfermedad de los pulmones como el asma, o resuellas • La diabetes, los riñones, el hígado • La sangre condiciones (por ejemplo, anemia de células falciformes) • En la terapia crónica de aspirina • Cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier problema de la sistema inmune
11. ¿Vive en un hogar de ancianos u otras instalaciones de cuidado?

è "He sido dado una copia y he leído, o me han explicado a mi, la información en las declaraciones de información de vacuna. He tenido una oportunidad de pedir la preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo que los beneficios y los riesgos de la vacuna y el pedido que la vacuna indica sean dados a mi o a la persona denominada para quien soy autorizado para hacer este pedido. He revisado y he contestado las preguntas en el lado inverso de esta forma."

Firma: _____
 (Firma de la persona a recibir la vacuna o el padre / tutor)

Fecha: _____

Su registro de vacunación se mantendrá en su expediente médico. Que junto con los históricos recogidos de inmunización se puede introducir información en el perfil de CHILD Registro de Inmunización que se pondrá a disposición de otros proveedores médicos en el Estado de Washington. El perfil de CHILD Registro de Inmunización es un sistema seguro y la inmunización de información sólo puede ser visto por un médico, enfermera o clínica que necesita la información para proporcionar la atención médica.

Medicare (attached) _____	CASH	CHECK# _____
Medicaid (attached) _____	Bill To: _____	
Receipt _____		

Novel H1N1 Vaccine:
 VIS 10/02/09 Lot #: _____

Dose#: _____ IM: _____

Administered By _____ Date _____

Recall Yes No