

**INACTIVATED INFLUENZA  
 VACCINE**

DATE: \_\_\_\_\_

SITE: \_\_\_\_\_

CONTACT: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE LA GRIPE  
 LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PACIENTE / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / REGISTRO DE  
 ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS**

**Favor de Escribir en Letra de Molde**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo (favor de circular): H / M

Domicilio: \_\_\_\_\_ APT #: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

**Alergias/ Alerta Medica:**

Favor de contestar TODAS las siguientes preguntas al marcar con la señal (✓) debajo de **SI** o **NO**.  
 Las preguntas deben ser contestadas para el/la niño/a recibiendo la vacuna. La enfermera que aplicara la vacuna repasara los datos el día de la vacunación.

	SI	NO
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a algún componente de la vacuna contra la influenza? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	
5. La persona que se va a vacunar, ¿está embarazada? <small>**Si la respuesta es SI, Por favor consulte con el proveedor o a la enfermera</small>	**	

Petición para la Aplicación de la Vacuna de la Gripe para el recipiente cuyo nombre aparece arriba: He leído o me han explicado el contenido del folleto "Declaración de Información de la Vacuna y Enfermedad". He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna indicada arriba sea dada a la persona cuyo nombre aparece arriba, por quien estoy autorizada a ser esta solicitud.

**Firma del/la Padre/Madre o Guardián**

**Fecha**

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY			
Dose # 1		Dose # 2 (if needed)	
DATE GIVEN _____	VACCINE: Afluria / Fluarix / Fluzone	DATE GIVEN _____	VACCINE: Afluria / Fluarix / Fluzone
LOT# _____	Exp Date _____	LOT# _____	Exp Date _____
MFR: GSK / SEQIRUS / SANOFI	VIS Date: <u>8/6/2021</u>	MFR: GSK / SEQIRUS / SANOFI	VIS Date: <u>8/6/2021</u>
DOSE: 0.5 ML	SITE: LT DELTOID / RT DELTOID	DOSE: 0.5 ML	SITE: LT DELTOID / RT DELTOID
ROUTE: IM	CAIR Disclosure: YES NO Refused	ROUTE: IM	CAIR Disclosure: YES NO Refused
Patient education completed: Yes NO		Patient education completed: Yes No	
Nurse or MA Signature _____		Nurse or MA Signature _____	