

FIU

# Colorado Influenza Vaccine Vaccine Screening and Administration Form



Por favor escriba claramente en mayúscula, como en el siguiente ejemplo

E J E M P L O    1 2 3

Por favor conteste todas las preguntas lo más completamente posible. Utilice solo tinta negra para completar el formulario.

El registro de administración se encuentra en el reverso de este documento.

**Proporcione toda la información que se le solicita de la manera más completa posible. Si está llenando este formulario para su hijo menor, no use apodosos o abreviaturas, salvo cuando esté permitido. Se garantiza la confidencialidad de esta información.**

Apellido(s)	Primer nombre	Inicial
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Edad: (en meses) o (en años)	Número de Teléfono durante el día del Paciente/Representante
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<small>Mes</small>	<small>Día</small>	<small>Año</small>
Primer nombre del padre/de la madre		Apellido del padre/de la madre
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Si es menor de 18 años, indique:		

Dirección	Número de Apartamento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad	Condado	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código postal	Dirección de correo electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Identidad de género	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Trángenero femenino	<input type="checkbox"/> Trángenero masculino	<input type="checkbox"/> No binaria	<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Sin-especificar	<input type="checkbox"/> Me niego a responder
Etnia	Raza(s): Marque todo lo que corresponda							
Hispano/Latin/a/o/x	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Me niego a responder					
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro						
	<input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco						

Información del seguro médico (OPCIONAL-SEGURO NO REQUERIDO PARA VACUNACIÓN)	Número de póliza del seguro médico
Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Otro privado <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Si su hijo tiene entre 6 meses y 9 años de edad, conteste lo siguiente: ¿Su hijo ha recibido alguna vez un total de 2 dosis de la vacuna de la gripe?    S     N     No sabe

Preguntas de evaluación de la salud		Sí	No
1.	¿Usted o su hijo están enfermos o tienen fiebre hoy?		
2.	¿Usted o su hijo alguna vez tuvieron una reacción alérgica grave (anafilaxia) a la vacuna de la gripe o a cualquier ingrediente, como gelatina, antibióticos u otros ingredientes?		
3.	¿Usted o su hijo alguna vez tuvieron síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas tras recibir la vacuna de la gripe (tipo de debilidad muscular grave temporal)? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
4.	¿Usted o su hija adolescentes están embarazadas o planean embarazarse en los próximos 2 meses? (Las embarazadas no deberían recibir la vacuna nasal de la gripe)		
5.	¿Usted o su hijo reciben medicamentos que contienen aspirina o silicato? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
6.	¿Usted o su hijo tienen un sistema inmunodeprimido? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
7.	¿Su hijo es menor de 2 años de edad? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
8.	¿Su hijo de 2 a 4 años tiene asma o antecedentes de sibilancia en los últimos 12 meses? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
9.	¿Usted o su hijo tienen una enfermedad como diabetes o cardiopatías? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
10.	¿Usted o su hijo tienen implante(s) coclear(es) o una fistula de líquido cefalorraquídeo? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
11.	¿Su hijo de 5 años o más tiene asma? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
12.	¿Usted o su hijo están cerca de alguna persona gravemente inmunodeprimida (alguien que requiere un entorno protegido)? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
13.	¿Tiene más 49 años de edad? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
14.	¿Tiene más de 65 años de edad?		

Apellido(s)

Grid for last name: 12 empty boxes

Nombre

Grid for first name: 12 empty boxes

Inicial

Grid for initials: 2 empty boxes

Fecha de Nacimiento

Grid for birth date: Mes (2), Dia (2), Año (4)

Para niños entre 6 meses y 9 años de edad:

Dosis número: 1  2

**Autorización para administrar la vacuna de la gripe (influenza)**

He leído o se me ha explicado la hoja informativa de vacunación para la vacuna de la gripe (influenza) que yo o mi hijo recibiremos. Comprendo los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron a mi entera satisfacción. Por la presente eximo a este proveedor, sus empleados y voluntarios de toda responsabilidad por cualquier resultado que pueda producirse por la administración de esta vacuna.

Firma del paciente/padre/madre/tutor legal/apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Primer nombre del padre/de la madre

Grid for father's first name: 12 empty boxes

Apellido del padre/de la madre

Grid for father's last name: 12 empty boxes

**DETÉNGASE: NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - SOLO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA**

VFC PIN 7 4 3 4		Provider Type <input checked="" type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private	Clinic Name MVU - 5	Provider Name	
Manufacturer <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> Seqirus <input type="checkbox"/> ID BioMed <input type="checkbox"/> PSC <input type="checkbox"/> PMC (Sanofi) <input type="checkbox"/> Medimmune, Inc		Brand Name		Dosage	
Lot Number		<input type="checkbox"/> 0.25 ml <input type="checkbox"/> 0.7 ml		Site	
VIS Publication Date IIV ____/____/____ LAIV ____/____/____		Date Administered M M / D D / Y Y Y Y		<input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> 0.2ml (0.1ml/nostril)	
				<input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> Nasal	
				Administered by: Name _____ Title _____	