

IN CAR _____ IN: _____ OUT: _____

Distrito de Salud Ledge Light
Récord de Administración de la Vacuna de la Influenza Estacional (2016)

DRIVE-THRU TO BEAT THE FLU

Apellido _____	Nombre _____	Inicial _____	
Dirección: _____			
Calle _____	Pueblo/Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Teléfono _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- Sí No ¿Está la persona enfermo/a o tiene fiebre?
 Sí No ¿Ha tenido la persona alguna vez una reacción seria a la vacuna de la influenza?
 Sí No ¿Es la persona alérgico/a a los huevos, la gelatina, el Timérosal (un preservativo), la gentamicina o la arginina?
 Sí No ¿Ha padecido la persona alguna vez del Síndrome de Guillain-Barré?

He leído o se me ha explicado el contenido de la Hoja Informativa (VIS 8/7/15) sobre la vacuna de la influenza estacional. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza. Además, solicito que se me administre la vacuna o que se le administre a la persona cuyo nombre aparece arriba y para la que autorizo esta solicitud. Autorizo que se provea cualquier información médica u otra información que sea necesaria durante el proceso de facturación al seguro médico.

Firma: _____ **Nombre en letra de imprenta:** _____ **Fecha:** _____

Clinic Use Only

Dose: 0.5 ml inyectable

Lot # & Expiration: Seqirus Fluvirin #1619901 Expiration: 5/2017

Site: RD LD

Administered by: _____ Date: _____