

**Distrito de Salud Ledge Light**  
**Registro de Administración de Vacuna para la Influenza Estacional (2020)**

**Llene con letra de molde:**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2o Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

¿Has recibido la vacuna de la influenza alguna vez? Si \_\_\_ No \_\_\_

Checkar la forma de vacuna a recibir: \_\_\_ Inyectable o \_\_\_ Aerosol Nasal ("Flumist" edades 2-49 solamente)

**Por Favor Responda las Sigüientes Preguntas:**

- Si  No ¿La persona está enferma o tiene fiebre?  
 Si  No ¿La persona ha tenido una reacción seria a la vacuna de la Influenza?  
 Si  No ¿Alergias serias a los huevos, gelatina, timerosal (un conservativo), gentamicina o arginina?  
 Si  No ¿Has tenido el Síndrome Guillain-Barré alguna vez (una forma severa temporal de debilidad muscular) dentro de las 6 semanas próximas de haber recibido la vacuna?

**Aerosol Nasal Debe Tener Entre 2 y 49 Años de Edad:**

- Si  No ¿Has recibido alguna vacuna (MMR, Varicela) en las últimas 4 semanas?  
 Si  No ¿Usted tiene condiciones médicas por un largo plazo (asma, cardiopatía, diabetes, HIV/SIDA)?  
 Si  No ¿Está usted embarazada?  
 Si  No ¿Usted tiene un Sistema inmune débil o vive con alguien que lo tiene?  
 Si  No ¿Usted carece de un bazo o tiene uno que no funciona?  
 Si  No ¿Usted tiene una fuga active entre el fluido cerebro espinal y la boca, nariz, oído u otra parte de su cráneo?  
 Si  No ¿Usted tiene implantes cocleares?  
 Si  No ¿Ha tomado usted medicamentos antivirales contra la influenza en las últimas 48 horas?

*He leído o se me ha explicado el contenido de la Hoja Informativa (VIS 8/15/19) 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.*

**Para participantes menores de 18 años: Yo declaro que soy el tutor de este menor y tengo la autoridad de dar consentimiento para esta vacuna.**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**For Clinic Use:**

Dose:  0.5 ml inyectable  
Site:  RD  LD  
 Flu Mist 0.2ml

Vaccine Manufacturer & Lot #: Sanofi Fluzone Quad UJ476AA EXP. 6/30/21

Vaccine Manufacturer & Lot #: Medimmune Flu Mist MH2203 EXP. 12/29/20

Administered by:

Date: 10/25/2