

Influenza (Gripe) -- Formulario para Registro de Vacuna



Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no debemos vacunar a usted o a su hijo/ hija con la vacuna contra la influenza inactivado hoy. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted o su hijo/ hija no deberían vacunarse. Simplemente significa que va a tener que responder a algunas preguntas adicionales que les vamos a hacer. Si una pregunta no está clara o usted no lo entiende, consulte a su proveedor de atención médica para que se la explique.

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Domicilio
Calle _____ **Cuidad:** _____ **CP:** _____ **Edad:** _____

Teléfono: _____ **Sexo:** _____ **Nombre de su madre:** _____

Raza u Origen Étnico: (Marque la casilla con la cual usted más se identifica)

Indio estadounidense o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o africo-americano
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
 Hispano o Latino
 Blanco
 Otra _____
 Más de una raza

Antecedentes Médicos – Es necesario que conteste todas las preguntas

1. ¿Estás enferma/o hoy? ¿Tienes fiebre? Sí No
 2. ¿Eres alérgico al látex, huevos, o algún componente de la vacuna? Sí No
 3. ¿Has tenido alguna vez una reacción severa después de recibir una vacuna de influenza? Sí No
 4. ¿Tuvo alguna vez el syndrome de Guillain-Barre? Sí No

Autorización para la Administración de la Vacuna contra la Influenza

He leído o me han explicado la “Hoja de Información Sobre la Vacuna Contra la Influenza.” He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que se me administre o se le administre a la persona por quien estoy autorizando(a) para efectuar esta solicitud.

Firma: Fecha: _____

(Yo / Padre / Guardián)

El Registro de Vacunación de California (CAIR, por sus siglas en inglés) es un sistema informático seguro y confidencial administrado por el Departamento de Salud Pública de California que pone la información sobre vacunación a disposición de los proveedores de atención médica, incluyendo muchos médicos locales. Su registro de vacuna a partir de hoy se ingresará en CAIR. Marque este cuadro si NO quiere que la información sobre su vacuna sea divulgada a los proveedores de atención médica que usan el CAIR.

FOR STAFF USE ONLY

After completion, please Fax this to **510-268-2333** or send copies to ACPHD, Attn: Leslie Greenwood, 1000 Broadway, Suite 500 – Oakland CA 94607

Vaccine type: _____ Dose: _____ Manufacturer: _____

Lot #: _____ Expiration Date: _____ Injection Site: _____

Clinic/Site Name and City _____ Credential: _____

Dispensing Health Care Provider’s Name and Signature: _____ MD RN LVN NP/PA Paramedic

Name: _____ Signature: _____ DATE: _____