

H1N1 REGISTRO DE ADMINISTRACION DE VACUNA

Revisado 10.16.09

Persona que recibe la vacuna. (Por favor escriba)					
Apellido	Nombre	Inicial	2do. Nombre	Fecha de Nacimiento	y Edad
Dirección		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono Casa, Trabajo o Celular:			Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Seguro Social:	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Nativa Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra			Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		
Las 11 preguntas de abajo son para propósitos de selección solamente y nos ayudaran para determinar si la persona nombrada arriba puede recibir la vacuna H1N1 2009 y que tipo (Inyectable o Nasal). Por favor haga un circulo en la respuesta Si o No correspondiente.					
Es/Esta la persona que se va a vacunar hoy:					
1. Esta enfermo(a)/ tiene fiebre?				SI	NO
2. Tiene alergia severa al huevo?				SI	NO
3. Tiene otras alergias severas? Escriba cuales:				SI	NO
4. Alguna vez ha tenido una reacción seria o una alergia como respuesta a pasadas vacunas contra la gripe (flu)?				SI	NO
5. Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillian-Barre (un tipo de severo debilitamiento temporal de los músculos) dentro de 6 semanas después de haber recibido una vacuna contra la gripe (flu)?				SI	NO
Existen 2 tipos de vacuna contra la Influenza H1N1 2009 (Inyectable o Nasal Atomizador). Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudara a saber cual de los dos tipos usted puede recibir.					
6. Ha recibido alguna otra vacuna en las ultimas 4 semanas? (Por ejemplo influenza nasal atomizador, MMR, varicela, etc.) Vacuna(s): _____ Fecha recibida: _____				SI	NO
7. Tiene alguno de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñón, hígado, nervios o de la sangre?				SI	NO
8. Es un niño o adolescente en terapia de aspirina o que contenga aspirina por un largo plazo (por ejemplo, su hijo(a) toma aspirina todos los días)?				SI	NO
9. Tiene un sistema inmunológico débil (por ejemplo, por VIH/SIDA, cáncer, o esta tomando medicamentos como esteroides)?				SI	NO
10. Esta embarazada?				SI	NO
11. Tiene contacto cercano con alguna persona cuyo sistema inmunológico este gravemente afectado y quien debe de estar en un aislamiento de protección (como una habitación de hospital con flujo de aire invertido)?				SI	NO
<p>Yo he leído o me han explicado la información acerca de la influenza y de la vacuna contra la influenza. He tenido respuestas a mis preguntas con satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y apruebo que me sea administrada la vacuna a mi o a la persona anteriormente mencionada de quien yo estoy autorizado(a) para hacer esta solicitud. De ser aplicable, Autorización para Facturación y Divulgación de Información: Yo autorizo la entrega de cualquier información médica u otra clase de información que sea necesaria para procesar esta reclamación. Yo también solicito el pago para beneficios médicos descritos arriba para el Condado de Kenosha División de Salud.</p>					
X _____ Firma/Tutor Legal			Fecha _____		

***** Para Uso de la Clinica/Office Use *****

PH Clinic _____ Date Vaccinated _____

Route (circle one): IM or Intransal (IN)	Body Site (circle one): RD RV LD LV IN
Dose number (circle one): 1 or 2	Dose Amount (circle one): .25 ml or .5ml
Manufacturer (circle one): SP Novartis CSL GSK MedImmune	Lot # _____
Signature of Vaccinator: _____	Date: _____

Client ID#: _____	Time: _____	Amount Paid: _____
Financials/Demographics Complete: _____	Contraindications Checked: _____	Entered into WIR: _____