



2021 Inyectable Inactivado Programa de Vacunación Contra la Gripe

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si una pregunta no es clara por favor pida una explicación.

	No	Si	No Sabe
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____

Fecha: _____

Formulario revisado por: _____

Fecha: _____

www.immunize.org/catg.d/p4066.pdf • Item#P4066 (9/2020)

GRIPE VACUNA ADMINISTRACIÓN EXPEDIENTE

Consentimiento: He leído o me han explicado la información sobre la vacuna contra la influenza. Las copias de la [Declaración de Información de la Vacuna](#) actual (VIS 8/15/19) para esta vacuna están disponibles en línea y en el sitio de la clínica para su revisión. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me la administren a mí o a la persona nombrada a continuación por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Entiendo que la recepción de esta vacuna puede registrarse en el registro del Sistema de Información de Inmunización de NJ (NJIS).

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA PARA RECIBIR LA VACUNA:				PARA EL USO DE LA CLINICA:	
Masculino Mujer				<input type="checkbox"/> Madison Health Dept. <input type="checkbox"/> Other:	
<i>Nombre (Primer MI Apellido)</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Edad</i>	<i>Clinic Location</i>	
				<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> RT	
<i>Dirección</i>				<i>Vaccine Date</i>	<i>Vaccine Location</i>
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>		<i>Vaccine Manufacturer</i>	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Dispositivo <input type="checkbox"/> Trabajo					
<i>Teléfono</i>		<i>Clase de Teléfono</i>		<i>Lot Number</i>	
<i>Firma de la persona que recibirá la vacuna o una persona autorizada para realizar la solicitud (padre / tutor)</i>			<i>Fecha</i>	<i>Vaccinator</i>	
<i>Numero de Medicare (Si Aplicable)</i>					

VFC No Insurance
 NJ Family Care Plan A

PRIVATE

VFA No insurance
 Vax not covered by insurance
 317