

# Colorado Influenza Vaccine

## Vaccine Screening and Administration Form



Por favor escriba claramente en mayúscula, como en el siguiente ejemplo

E J E M P L O 1 2 3

Por favor conteste todas las preguntas lo más completamente posible.

Utilice solo tinta negra para completar el formulario.

El registro de administración se encuentra en el reverso de este documento.

Provea toda la información que se le solicita de la manera más completa posible. Si está llenando este formulario para su hijo menor, no use apodos o abreviaturas, salvo cuando esté permitido. Se garantiza la confidencialidad de esta información.

Apellido(s) Primer nombre Inicial

Fecha de Nacimiento Edad: (en meses) o (en años) Número de Teléfono durante el día del Paciente/Representante

Si es menor de 18 años, indique: Primer nombre del padre/de la madre Apellido del padre/de la madre

Dirección Número de Apartamento

Ciudad Condado Estado

Código postal Dirección de correo electrónico

Identidad de género ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Transgénero femenino ☐ Transgénero masculino ☐ No binaria ☐ No binario ☐ Sin-especificar ☐ Me niego a responder

Etnia Hispano/Latino/a/o/x Si ☐ No ☐ Me niego a responder ☐ Raza(s): Marque todo lo que corresponda ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐ Me niego a responder ☐ Asiático ☐ Otro ☐ Negro, Afroamericano ☐ Blanco

Información del seguro médico (OPCIONAL-SEGURO NO REQUERIDO PARA VACUNACIÓN) Número de póliza del seguro médico Medicaid Medicare Kaiser Permanente United Healthcare Otro privado Sin seguro

Si su hijo tiene entre 6 meses y 9 años de edad, conteste lo siguiente: ¿Su hijo ha recibido alguna vez un total de 2 dosis de la vacuna de la gripe? S ☐ N ☐ No sabe ☐

Preguntas de evaluación de la salud		Sí	No
1.	¿Usted o su hijo están enfermos o tienen fiebre hoy?		
2.	¿Usted o su hijo alguna vez tuvieron una reacción alérgica grave (anafilaxia) a la vacuna de la gripe o a cualquier ingrediente, como gelatina, antibióticos u otros ingredientes?		
3.	¿Usted o su hijo alguna vez tuvieron síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas tras recibir la vacuna de la gripe (tipo de debilidad muscular grave temporal)? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
4.	¿Usted o su hija adolescentes están embarazadas o planean embarazarse en los próximos 2 meses? (Las embarazadas no deberían recibir la vacuna nasal de la gripe)		
5.	¿Usted o su hijo reciben medicamentos que contienen aspirina o silicato? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
6.	¿Usted o su hijo tienen un sistema inmunodeprimido? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
7.	¿Su hijo es menor de 2 años de edad? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
8.	¿Su hijo de 2 a 4 años tiene asma o antecedentes de sibilancia en los últimos 12 meses? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
9.	¿Usted o su hijo tienen una enfermedad como diabetes o cardiopatías? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
10.	¿Usted o su hijo tienen implante(s) coclear(es) o una fístula de líquido cefalorraquídeo? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
11.	¿Su hijo de 5 años o más tiene asma? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
12.	¿Usted o su hijo están cerca de alguna persona gravemente inmunodeprimida (alguien que requiere un entorno protegido)? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
13.	¿Tiene más 49 años de edad? (No debería recibir la vacuna nasal de la gripe)		
14.	¿Tiene más de 65 años de edad?		

<b>Apellido(s)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Nombre</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Inicial</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 20px;"></div>
<b>Fecha de Nacimiento</b> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 1.2em;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 1.2em;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em; margin-top: 2px;"> <span>Mes</span> <span>Día</span> <span>Año</span> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Para niños entre 6 meses y 9 años de edad:</b>   Dosis número:    1 <input type="checkbox"/>    2 <input type="checkbox"/> </div>	

**Autorización para administrar la vacuna de la gripe (influenza)**

He leído o se me ha explicado la hoja informativa de vacunación para la vacuna de la gripe (influenza) que yo o mi hijo recibiremos. Comprendo los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron a mi entera satisfacción. Por la presente eximo a este proveedor, sus empleados y voluntarios de toda responsabilidad por cualquier resultado que pueda producirse por la administración de esta vacuna.

Firma del paciente/padre/  
madre/tutor legal/apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Primer nombre del padre/de la madre</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Apellido del padre/de la madre</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	--

**DETÉNGASE: NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - SOLO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA**

<b>VFC PIN</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Provider Type</b> <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private	<b>Clinic Name</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Provider Name</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<b>Manufacturer</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; padding: 5px;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> GSK</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Seqirus</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ID BioMed</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> PSC</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> PMC (Sanofi)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> MedImmune, Inc</div> </div>	<b>Brand Name</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <b>Lot Number</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Dosage</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> <div> <input type="checkbox"/> 0.25 ml    <input type="checkbox"/> 0.7 ml   <input type="checkbox"/> 0.5 ml    <input type="checkbox"/> 0.2ml  <span style="font-size: 0.8em;">(0.1ml/nostril)</span> </div> </div>	<b>Site</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; padding: 5px;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> LD    <input type="checkbox"/> LT</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> RD    <input type="checkbox"/> RT</div> <div style="width: 100%;"><input type="checkbox"/> Nasal</div> </div>
<b>VIS Publication Date</b> IIV ____/____/____  LAIV ____/____/____	<b>Date Administered</b> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 1.2em;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 1.2em;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em; margin-top: 2px;"> <span>M</span> <span>M</span> <span>D</span> <span>D</span> <span>Y</span> <span>Y</span> <span>Y</span> <span>Y</span> </div>		<b>Administered by:</b>  Name _____ Title _____