

Colorado Influenza Vaccine Vaccine Screening and Administration Form



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

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												
Mes		/ Dia		/ Año																		
Primer nombre del padre/de la madre										Apellido del padre/de la madre												
Si es menor de 18 años, indique:																						
Dirección										Número de Apartamento												
Ciudad										Condado					Estado							
Código postal					Dirección de correo electrónico																	
Identidad de género																						
Mujer		Hombre		Trangénero femenino		Trangénero masculino		No binaria		No binario		Sin-especificar		Me niego a responder								
Etnia					Raza(s): Marque todo lo que corresponda																	
Hispano/Latin/a/o/x					<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska					<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico					<input type="checkbox"/> Me niego a responder							
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Asiático					<input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano							
<input type="checkbox"/> 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												
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
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 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>												
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 fistula 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?																					

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: ____/____/____

Primer nombre del padre/de la madre

Apellido del padre/de la madre

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