

- 6-35 months old
- K-12
- Shot (36 mos. +)
- High Dose (65+)

Place Label Here

\*\*\*For Office Use Only\*\*\*

### ADMINISTRACION DE LA VACUNA DEL FLU: RECORD DE LA VISITA

“Yo he leído, o me han explicado la información de la Declaración de información de vacunas o la importancia de la información, sobre las vacunas que se nombran abajo. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que se mencionan abajo, y he pedido que la vacuna o las vacunas sean puestas a mi o a la persona cuyo nombre aparece abajo, a quien estoy autorizada (o) a tomar esta decisión.”

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
DIRECCIÓN:		CIUDAD	CONDADO	ESTADO      CÓDIGO
TELÉFONO:	SEGURO SOCIAL #	ESTADO MARITAL:		SEXO: M or F
FECHA-DE-NACIMIENTO	EDAD:	RAZA:	ESCUELA:	GRADO:
<b>FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA HACER LA SOLICITUD Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE EL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD (NPP).</b>  X _____ FECHA _____				
<b>(Si la persona quien está tomando la vacuna es menor de 18 años, complete la siguiente forma oscura.)</b>				
<b>Padre o Guardián: Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inicial      Segundo Apellido</b>

<b>Favor de marcar si o no a las siguientes preguntas:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Es usted alérgico a huevos de pollo, plumas de pollo o caspa de pollo?		
2. ¿Es usted alérgico al preservativo thimerisol (derrivado de mercurio)?		
3. ¿Tiene usted una historia de síndrome de Guillain-Barré?		
4. ¿Ha tenido usted alguna vez reacción a cualquier <u>otra vacuna</u> ?		
5. ¿Tiene usted fiebre o esta enfermo hoy?		

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY\*\*\*\*\*

Queen Anne's County Department of Health  
206 North Commerce Street  
Centreville, MD 21617

ALTERNATE SITE:

DATE OF VIS:

8/15/2019

VACCINE GIVEN:

Influenza shot (IIV3) circle one  
High Dose / 0.5ml / 0.25ml

DATE ADMINISTERED:

MANUFACTURER:

Sanofi/GSK

LOT NUMBER &  
EXPIRATION DATES:

Lot #: \_\_\_\_\_

Exp. Date: \_\_\_\_\_

SITE OF ADMINISTRATION:

Circle one: Deltoid / Thigh

Circle one: R / L

Route: IM / SQ

VACCINE ADMINISTRATOR:

\_\_\_\_\_  
Signature/Title