

- 6-35 months old
- K-12
- Shot (36 mos. +)
- Intradermal (18-64)
- 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:<br>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><br><br>X _____ FECHA _____ |                 |                 |                |                         |
| (Si la persona quien está tomando la vacuna es menor de 18 años, complete la siguiente forma oscura.)  |                 |                 |                |                         |
| <b>Padre o Guardián: Apellido</b>  |                 | <b>Nombre</b>   | <b>Inicial</b> | <b>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