



REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS 2009-2010 H1N1 PROGRAMA DE INFLUENZA

PLEASE PRINT:

Nombre: _____ Teléfono # () _____

Apellido _____ Primer Nombre _____
 Hombre Mujer Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección: _____
Calle/P.O. Box Apt # Ciudad Estado Postal #

La investigación pregunta para la vacuna de la Gripe:

Ha sido vacunado contra la gripe H1N1

Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los huevos

Ha tenido alguna reacción seria a la vacuna de la influenza

Historia de síndrome de Guillian-Barre

Tiene fiebre

Terapia con aspirina

Problemas de Auto inmunidad

La vacuna de ho yes la:
1ra 2da Dosis (Indique Una)

Con su firma abajo usted declara que la información arriba es correcta y complete; autoriza al Departamento de Salud Del Sur de Nevada a aplicarle la vacuna contra la Gripe H1N1 al paciente arriba nombrado, y también indica que usted ha recibido por escrito información actualizada acerca de la vacuna que está solicitando le sea aplicada.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL ES REQUERIDA PARA MENORES DE EDAD:

_____ **FECHA:** _____
(LA FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN)

SOLO PARA LA ENFERMERA

Medical Screener: Please select one option per patient

Screener Initials:

Pregnant Women

Household contacts/caregivers for children younger than six (6) months of age

Healthcare and emergency medical services personnel

Persons between the ages of six (6) months through 24 years

People from ages 25-64 years who have chronic medical conditions associated with higher risk of medical complications from influenza

General population

VACCINE	DATE GIVEN	MFG / LOT #	VIS DATE	SITE	ROUTE	GIVEN BY:	TITLE
H1N1				LA LT RA RT	IM		LPN RN
H1N1 FLU MIST				IN	IN		LPN RN

SNHD Locations: SNHD MAIN SNHD HEND SNHD ELV SNHD NLV SNHD Mesquite
Other Clinic/Campaign Location: _____

Record # _____

Data Entry By: _____