



Screeners initials

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS 2008-2009 PROGRAMA DE INFLUENZA

Nombre: _____ Teléfono # () _____

Apellido Primer Nombre
 Hombre Mujer Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

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

Las contraindicaciones para la Vacuna de Neumonía:	Las contraindicaciones para la vacuna de la Gripe:
<input type="checkbox"/> Después de cumplir 65 años ha sido vacunado	<input type="checkbox"/> Ha sido vacunado contra la gripe en esta temporada
<input type="checkbox"/> Ha sido vacunado antes de cumplir 65 años en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/> Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los huevos
<input type="checkbox"/> Ha reportado alergia a la vacuna	<input type="checkbox"/> Ha tenido alguna reacción seria a la vacuna de la influenza
<input type="checkbox"/> Tiene fiebre	<input type="checkbox"/> Historia de síndrome de Guillian-Barre
	<input type="checkbox"/> Tiene fiebre
	<input type="checkbox"/> Terapia con aspirina
	<input type="checkbox"/> Problemas de Auto inmunidad

Su firma a continuación indica que usted ha proporcionado la información con respecto a TODOS los fondos de seguro que usted tiene; que la información anterior es exacta y completa; que autoriza a Southern Nevada Health District para facturar a las organizaciones de seguro de contrato o archivar una demanda con Medicare Part B o otros proveedores de seguro como sea necesario; autoriza la divulgación de cualquier información médica u otra necesaria para procesar esta demanda; autoriza el pago de beneficios médicos al Southern Nevada Health District por servicios descritos. También indica que usted ha recibido por escrito la información actualizada referente a las vacunas que se le han administrado.

FIRMA: _____ FECHA _____

SOLO PARA LA ENFERMERA							
VACCINE	DATE GIVEN	MFG / LOT #	VIS DATE	SITE	ROUTE	GIVEN BY:	TITLE
FLU			7-24-08	LA RA	IM		LPN RN
FLU MIST			7-24-08	IN			LPN RN
PNEUMONIA			7-29-97	LA RA	IM SQ		LPN RN
TD TDAP			6-10-94 7-12-06	LA RA	IM		LPN RN

INSURANCE: (check one)

INSURANCE NUMBER

Location

Medicare B _____
 Railroad _____
 Other _____

MAIN HEND SPV
 ELV NLV

MEDICAID PLAN: (check one) MEDICAID NUMBER

Medicaid _____
 NV Health Solutions (NCSH) _____
 Health Plan of Nevada (HPNH) _____

Amount Paid

\$ _____

Gratis

Record # _____

Clerical initials