

FORMA DE AUTORIZACION PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA

Información acerca de la persona que recibirá la vacuna/
Por favor ESCRIBA en Letra de molde

Primer Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Número de Teléfono(s) _____ / _____ S.S # _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

Lugar De Nacimiento Estado/País _____ Genero: Hombre Mujer

Raza Blanco Moreno Asiatico Otro _____

Pertenencia Etnica: No- Hispano **Origen Hispano escoja:**

Cubano Dominicano Puertorriqueño Mejicano Centro Americano

Sur Americano Otro _____

Idioma: Ingles Español Otro _____

Doctor de Cabecera: _____

Seguro Médico: Privado No Seguro Médico Asistencia Médica –UNISON-
Medicaid Chip Medicare –número de seguro _____
 Otro _____

Por favor conteste las siguientes preguntas: (Haga un círculo, Si o No)

La persona que va ha recibir la vacuna....

- 1. ¿Está enfermo hoy? Si No
- 2. ¿Es alérgico a los huevos? Si No
- 3. ¿Ha recibido la vacuna de la gripe antes? Si No
- 4. ¿Ha tenido antes una reacción peligrosa a la vacuna de la gripe? .Si No
- 5. ¿Es alérgico a la gentamicina, látex, gelatina o timeros. Si No
- 6. ¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré? Si No
- 7. ¿Tiene asma, o sibilancia activa, problemas de corazón, enfermedad del riñón, diabetes o problema de la sangre? Si No
- 8. ¿Tiene Cáncer, Leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Si No
- 9. ¿Está tomando cortisona, prednisona u otros esteroides, o las drogas anticancerosas o ha tratamientos tenidos de radiación en los pasados 3 meses? Si No

10. ¿Ha recibido alguna transfusión de productos de sangre o sangre, le han dado la medicina llamada inmune (gamma) globulina en este pasado año, o toma diluyentes o aspirina para la sangre? Si No

11. ¿Está embarazada, o hoy una oportunidad de llegar a quedar embarazada durante el próximo mes? Si No

12. ¿Ha recibido alguna vacuna viva (por ejemplo, FluMist, Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR), o la varicela) en las pasada 4 semanas, o planea en la próximas 4 semanas? Si No

“He leído o me han explicado la información de la vacuna (VIS) del año 2010-2011 de la vacuna de la Influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la Influenza 2010-2011, y solicito que la vacuna sea administrada a mi o a la persona a la cual yo represento.

Doy permiso para mi mismo, o la persona que yo represento a recibir:

Primera dosis Segunda dosis

En forma de (Escoja una sólo por favor)

Flu Mist (esprei nasal) Inyección Cualquiera de las vacunas disponibles

Firma _____ Fecha _____
Favor cerrar en un circulo su opción: Padre, Madre, Guardian Legal

Por favor escriba su number: _____
Letra de molde por favor.

Por favor no escriba abajo de esta línea. Gracias.
FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY: 2010-2011 Influenza Vaccine

Clinic Site: _____ Date: _____

Route: Intranasal Intramuscular- LD RD Lot# _____

Dosage: 0.5cc (Injectable)/ 0.1cc (FluMist) Pediatric dose: 0.25mL

Other info: Child Refused Parent/Guardian notified of Vaccination

Nurse Signature: _____ Date: _____

INFLUENZA VACCINE ADMINISTRATION RECORD & CONSENT

Information of the person who will receive vaccine PLEASE PRINT:

First Name _____ Last Name _____ MI _____

Address _____ Apt/Suite _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number(s) _____ / _____ S.S# _____ - _____ - _____

Birth Date _____ Birth State/Country _____

Age: _____ Gender: Male Female

Race (Bloodline): White Black Asian American Indian

Other _____

Ethnicity: Non-Hispanic **Hispanic origin, Check one:**

Cuban Mexican Puerto Rican Dominican Central America

South America Other _____

Language: English Spanish Other _____

Primary Doctor _____

Health Plan: Private Insurance No Insurance CHIP Other _____

Medical Assistance – ACCESS – Medicaid Medicare– I.D# _____

Please answer the following questions: (Circle either Yes or No)

The person receiving the vaccine

1. Sick today? Yes No
2. Have an allergy to eggs? Yes No
3. Received an influenza vaccine in the past? Yes No
4. Ever had a serious reaction to an influenza vaccine in the past? Yes No
5. Allergic to Gentamycin, latex, gelatin or thimerosal? Yes No
6. Ever had Guillain Barré Syndrome? Yes No
7. Ever have a health problem with asthma or active wheezing, lung disease, heart disease, kidney disease, metabolic disease (e.g., diabetes), or a blood disorder Yes No
8. Have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem? Yes No

9. Taking cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had radiation treatments in the past 3 months? Yes No
10. Ever received a transfusion of blood or blood products, been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year, or are taking blood thinners or aspirin? Yes No
11. Pregnant, or is there a chance of becoming pregnant during the next month? Yes No
12. Received any live vaccines (e.g., FluMist, MMR, or varicella) in the past 4 weeks, or plan to receive any live vaccines within the next 4 weeks? Yes No

“I have read or have had explained to me the information in the Vaccine Information Statement (VIS) about 2010-2011 influenza vaccine. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of 2010-2011 influenza vaccine and ask that the vaccine be given to me or the person for whom I am authorized to make this request.”

I give permission for myself, or my child to receive their:

1st Dose 2nd Dose

In the form of **(Please check one only)**

FluMist Injection Either vaccination type

Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request

_____ Date: _____
Signature (Parent/ Guardian) **Circle Mother, Father, Guardian**

Please Print Parent/ Guardian name _____

Please do not write below this line. Thank you.

FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY: 2010-2011 Influenza Vaccine

Clinic Site: _____ Date: _____

Route: Intranasal Intramuscular- LD RD Lot# _____

Dosage: 0.5cc (Injectable)/ 0.1cc (FluMist) Pediatric dose: 0.25mL

Other info: Child Refused Parent/Guardian notified of Vaccination

Nurse Signature: _____ Date: _____