



CLÍNICAS EN SIOUX CENTER Y HULL
REGISTRO DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA
2008-2009

For Office Use Only: <input type="checkbox"/> IRIS Acct # _____ High Risk Dx: Y N

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ MC# _____
(En letra de molde)

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

- | | | | |
|--|----|----|-------------|
| 1. ¿Tiene historial de alergia al huevo o productos de huevo? | SÍ | NO | |
| 2. ¿Está enfermo hoy o tiene fiebre? | SÍ | NO | |
| 3. ¿Ha tenido una reacción seria alguna vez a la vacuna contra el flu? | SÍ | NO | Nunca tenía |
| 4. ¿Es alérgico al Mercurio o el antiséptico Timerosal?
(conservador encontrado en la solución para lentes de contacto) | SI | NO | |
| 5. ¿Alguna vez ha sufrido del Síndrome de Guillain-Barré? | SI | NO | |
| 6. ¿Tiene alergia a latex? | SI | NO | |

POSIBLES REACCIONES SECUNDARIOS:

Inmediato:

- a. La zona de inyección enrojecido y hinchado por 1 a 2 días.
- b. Dificultad al respirar puede ocurrir si es alérgico al huevo.

Corto-plazo:

- a. Fiebre, debilidad y/o dolores. Generalmente comienzan 6 a 12 horas después de haber recibido la vacuna y dura 1 ó 2 días. Esto puede ocurrir mientras el cuerpo desarrolla inmunidad.

Largo-plazo:

- a. No existe algo asociado entre el Síndrome de Guillain-Barré y la vacuna contra el flu.

Autorización para Administrar la Vacuna Contra el Flu y Conocimiento de Privacidad HIPAA

Se me ha proporcionado una copia de y/o leído o me han explicado, información sobre la Vacuna Contra el Flu 2008-09. He tenido la oportunidad para hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción.

De tal manera solicito se me administre la vacuna de influenza desarrollada para la temporada 2008-09. Todos los virus están muertos así que no puedes contagiarte de influenza por la vacuna. Entiendo que existe la posibilidad de tener una reacción alérgica o una reacción aún más seria o hasta la muerte podría ocurrir con la vacuna.

Se me ha proporcionado una Notificación de Prevacía para ser vista por mí.

Firma de persona recibiendo la vacuna o persona responsable en caso de ser un menor

X _____ Fecha _____

For Office Use Only

Clinic Site: <input type="checkbox"/> Sioux Center <input type="checkbox"/> Hull

Site of Administration: <input type="checkbox"/> L or R Deltoid <input type="checkbox"/> L or R Thigh
--

Self Pay: <input type="checkbox"/> Check # _____ <input type="checkbox"/> Cash \$ _____
--

<i>Please Place Influenza Vaccine Label Here</i>
--

Card Scans: <input type="checkbox"/> Medicare/MADV <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Medicaid

Vaccine Given: <input type="checkbox"/> Fluzone: Peds Dosage 6-35 mos (0.25ml) <input type="checkbox"/> Fluzone: 3 yrs – Adult Dosage (0.5ml) <input type="checkbox"/> Pneumococcal Vaccine

<i>Please Place Pneumococcal Vaccine Label Here</i>

Immunizer Signatura: _____ Date of Administration _____