

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS DE LA GRIPE, SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE LORAIN

Nombre del cliente:	(Apellido) (Primero) (Segundo)	Teléfono:	() -
Dirección:	(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)		
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	/ /	Edad:
			Municipio, si corresponde:

¿Cómo se enteró sobre esta clínica contra la gripe? (marque todo lo que aplica)

Periódico
 Radio
 Internet
 Escuela/Trabajo
 Familia/Amigo
 Facebook/Twitter
 Otro:

LCPH participa en el Registro de Inmunización de Ohio conocido como- Impact-SIIS. Se introducirá un registro confidencial de su vacuna contra la gripe en el sistema electrónico de registro médico de Impact-SIIS y LCPH. El registro incluye su nombre, fecha de nacimiento, tipo de vacuna contra la gripe y la fecha indicada.

He leído o me han leído la Declaración de Información sobre Vacunas contra la gripe (influenza). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción y estoy solicitando la administración de la vacuna contra la gripe (influenza).

Entiendo que puedo solicitar una copia de la Póliza de Privacidad de Lorain County Public Health (LCPH).

Autorizo a LCPH a compartir información con las compañías de seguros identificadas si se solicita el pago de la vacuna contra la gripe (influenza).

Firma: _____
 (Firma del padre o tutor si el cliente es menor de 18 años de edad)

Nombre en letra imprenta: _____ **Fecha:** _____

Preguntas de detección para la vacuna NASAL y la vacuna INYECTABLE contra la influenza

Responda las siguientes preguntas PARA LA PERSONA QUE SE VA A VACUNAR:

	SÍ	NO INSEGURO	
1. ¿Estás enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Eres alérgico a un componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido una reacción seria a la vacuna contra la gripe en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Eres menor de 2 años o mayor de 49 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (incluyendo el asma), enfermedad renal, enfermedad neurológica, enfermedad hepática o enfermedad metabólica (como la diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si es un niño de entre 2 y 4 años, ¿le han dicho en los últimos 12 meses que tiene sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene: un implante coclear, fuga de líquido cefalorraquídeo o no tiene bazo; tiene cáncer, leucemia, VIH/ SIDA, cualquier problema del sistema inmunológico; en los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico como prednisona o esteroides, medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, psoriasis u otros medicamentos contra el cáncer?; ¿Ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Estás recibiendo medicamentos antivirales contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿La persona que se va a vacunar es de 6 meses a 17 años de edad y recibe terapia con aspirina o medicamento que contiene aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Estás embarazada o podría quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Vive con una persona o tiene contacto cercano con una persona que debe estar en aislamiento protector? (p. ej., una sala de aislamiento de la unidad de trasplante de médula ósea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha recibido otras vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Qué tipo(s) de seguro tienes?			
Medicare	Medicaid	Seguro privado	Sin seguro

Formulario completado por: _____ Fecha _____

Reviewed by: _____ Date _____

POR USO DE LAS ENFERMERAS					
Vaccine Lot # and Expiration Date:					
Site/Route (circle one):	RD/IM	LD/IM	RVL/IM	LVL/IM	Nasal
Influenza VIS (8/15/2019) given: <input type="checkbox"/>					
Signature of Vaccine Administrator:				Date:	