



Departamento de Salud del Condado de Caroline

Leland D. Spencer, MD, MPH,
Oficial de Salud

Rebecca Loukides,
Segunda Oficial de Salud

Shot

Child

Flu Vaccine Administration Sheet/CPT Form ❖ Vacuna contra el Gripe Temporal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa o Celular: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Usted tiene alergias al huevo de pollo? Plumas de pollo? Polvareda de pollo? | Sí | No |
| 2. Usted tiene alergia al preservativo de Thimerosal (Derivativo de Mercurio)? | Sí | No |
| 3. Usted tiene una historia médica de Síndrome de Guillian-Barre (Una enfermedad paralítica severa).. | Sí | No |
| 4. Usted has tenido alguna reacción de alguna vacunación?..... | Sí | No |
| 5. Usted tiene alguna otra enfermedad o fiebre hoy? | Sí | No |
| 6. Usted recibido en alguna vez cualquier vacunación en las últimas 4 semanas? | Sí | No |
| Explica _____ | | |
| 7. PARA HIJOS MENOS DE 9 AÑOS DE EDAD: Ha recibido su niño en algún tiempo el recomendado 2 dosis, o recibió por primera vez la vacuna de influenza en la ultima temporada, pero solamente una dosis? | Sí | No |

"Yo e recibido una copia y e leído o me han explicado la información contenida en la hoja informativa de vacunas sobre las enfermedades y las vacunas listas. Yo e tenido la oportunidad de hacer preguntas por cual han sido contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de estas vacunas y solicito que estas vacunas lista sean dado a la persona nombrada arriba, por cual yo estoy autorizado hacer esta solicitud. Yo reconozco que e recibido hoy, una copia del Nota de Practicas de Privacidad anticuada con la fecha de 3/03".

Firma del Cliente (o Guardián de)

Interviewer's Signature

Date

Caroline County Health Department
403 S. 7th Street, Denton, MD 21629

Alternative Site _____

Vaccine Given:	FLUZONE	
Dosage:	0.25ml	0.5ml
Date Vaccine Administered:		
Date of VIS Statement:	8/11/09	
Vaccine Manufacturer:	SANOFI PASTEUR	
Vaccine Lot Number:	U3227AA	U3377AA
Site of Injection:	Deltoid / Thigh	
	R / L	

Vaccine activitated due? ____ Date: ____/____/____ Vaccine inactivated due? ____ Date: ____/____/____

Wallet-Sized vaccine record given: Yes No

REVISED 12/09

FOR OFFICE USE ONLY

Location: LHD - Off Site 90663 FLU G0008 Adm. ICD-9 Code: V04.81 Date of Service: ____/____/2009

Total Charges: _____ Total Pd. _____ Check # _____ Cash _____ Receipt# _____

Bill to: _____