



Sussex County Health Unit
544 S. Bedford St.
Georgetown, DE 19947

Seaford Public Health
350 Virginia Ave
Seaford, DE 19973

Milford Health Unit
253 NE Front St
Milford, DE 19963

Kent County Health Unit
805 River Rd.
Dover, DE 19901

Chopin Office
258 Chapman Rd.
Newark, DE 19702

Registro de Administración de la Vacuna contra la Influenza

(En letra de imprenta)

Apellido del paciente:		Nombre:		Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Otro	
Calle y número:					Teléfono:	
Ciudad:				Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento: mes/día/año		Edad:		Origen étnico hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Raza (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Natural de Hawái/de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> India Americana/Natural de Alaska						
Seguro: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> DHCP* <input type="checkbox"/> Otro _____						
Si tiene Medicaid, número de MCI			MCO (si el seguro es Medicaid): <input type="checkbox"/> Highmark <input type="checkbox"/> DSP <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Otro _____			
Reconocimiento médico					No	Sí
¿La persona que se va a vacunar está embarazada?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar está enferma en estos momentos?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a lo siguiente?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • La vacuna contra la influenza • Los huevos, las proteínas del huevo • Látex de caucho natural o alguna otra sustancia _____ 					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar alguna vez ha padecido del síndrome de Guillain-Barré?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas del clínico:						

Mi firma (a continuación) significa que se me ha dado una copia de la Declaración de Información de la Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) correspondiente y he leído, o he hecho que se me explique información acerca de la enfermedad y la vacuna. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los riesgos y los beneficios expuestos en la VIS que se me entregó y solicito que se me administre la vacuna. También con mi firma a continuación por este medio doy mi consentimiento para que el DPH facture a mi empresa de seguro basado en mi elegibilidad para la vacuna recibida.

Firma _____ **Fecha** _____

Nombre del firmante _____ Paciente Madre/Padre Tutor
Use letra de imprenta legible.

No escribir debajo de esta línea. Solo para uso de los clínicos.

NHS ___ **SHS** ___ **Clinic Location:** _____

Presentation/Route	Dose	Site	VIS Date	VIS Given Date
IIV4/ IM ___	0.25ml ___ 0.5ml ___	RA ___ RT ___ LA ___ LT ___	8/07/2015	_____

Vaccination Date: _____ **Manufacturer:** Sanofi, GSK **Lot #** _____
MM/DD/YYYY circle one

Clinician's Signature: _____ **License Title** _____

- VFC** – Child is under age 19 and [Use FED]
 - Child is enrolled in Medicaid or
 - Child is uninsured or
 - Child is American Indian or Native Alaskan
- Child is enrolled in **Delaware Healthy Children's Program (DHCP*)** [Use FED]
- None of the above (child or adult) [Use STATE]