SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE
División de Salud Pública

Registro de Administración de la Vacuna Neumocócica e Influenza

Nombre:_____ **Sexo:** F ____ M ____ **Teléfono:** (_____)_____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección:_____ **Cuidad:**_____ **Estado:**____ **Código Postal:** _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/____ **Edad:** ____ **Seguro Médico:** Medicare ___ Medicaid ___ Nada ___ Otro ___ **Hispano:** Sí ___ No ____

Raza: (Marcar todos los que aplican): **Caucásico:** _____ Afro-Americano: _____ Asiático/Islas del Pacifico: _____ Indio Am./Nativo de Alaska_____

Cómo se enteró de este evento? ☐ Periódico ☐ Radio ☐ Poster/Volante ☐ DPH Website ☐ Amigo/Familiar ☐ E-mail/Boletín electrónico

Preguntas Médicas

Notas del Clínico

La persona a vacunarse tiene alguna de las siguientes condiciones? No __ Si__ _____

- Enfermedad pulmonar crónica (Incluyendo asma, COPD) y/o es fumador.
- Condiciones del sistema nervioso, neurológicas.
- Enfermedades cardíacas (no incluye presión arterial alta)
- Desórdenes de la sangre, los riñones, hígado o enfermedades metabólicas (incluso diabetes)
- Sistema inmunológico debilitado por una enfermedad o condición, uso a largo plazo de esteroides o tratamiento contra el cáncer
- Menor de 19 años de edad y en terapia de aspirina a largo plazo
- Obesidad mórbida

¿Está la persona a vacunarse embarazada? No__ Si__ _____

¿Está la persona a vacunarse enferma hoy? No__ Si__ _____

¿Ha tenido la persona a vacunarse alguna reacción seria a una dosis previa de la vacuna de influenza o neumocócica? No__ Si__ _____

¿Ha tenido la persona a vacunarse alguna reacción alérgica seria a: No__ Si__ _____

- Huevos o las proteínas del huevo u;
- Látex de caucho natural o otras sustancias? _____

¿Ha tenido la persona a vacunarse síndrome de Guillain-Barré? No__ Si__ _____

Marca el tipo de vacuna que esta solicitando: Influenza (para la gripa) ___ Neumocócica (para la neumonía) ___
(disponible sólo en sitios selectos clínica)

Complete la siguiente sección y firme después de haber hablado con el clínico.

La firma y un gancho junto al tipo (s) de vacuna significan que he recibido, leído o ha sido explicada la copia de los Declaración de la Información de Vacuna (VIS) del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades con información sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas fueron respondidas a satisfacción. Entiendo de los riesgos y beneficios como se estipulan en los estatutos recibidos; y solicito se me administre la(s) vacuna(s) marcadas abajo.

Firma: _____ **Nombre del Firmante:** _____
Paciente____ **Padre**_____ **Guardian**__ **Fecha:** _____ (Escribir con claridad)

FAVOR DE NO ESCRIBAR DEBAJO DE ESTA LINEA. Para uso exclusivo de la clínica.

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

Presentation/Route	Dose		Site				
LAIV / Nasal___	**0.2ml** ___						VIS Date 7/26/2013 **Date Given** _____
IIV / IM___	**0.25ml** ___	**0.5ml** ___	**RA** ___	**RT** ___	**LA** ___	**LT** ___	VIS Date 7/26/2013 **Date Given** _____
IIV / ID___	**0.1ml** ___		**RA** ___	**RT** ___	**LA** ___	**LT** ___	

Vaccination Date _____ (MM/DD/YYYY) **Manufacturer** Sanofi, MedImmune, GSK (Circle one) **Lot #**_____

Presentation/Route	Dose	Site					
Pneumo / IM____**SC** ___	**0.5ml** ____	**RA** ___	**RT** ___	**LA** ___	**LT** ___		VIS Date 10/6/2009 **Date Given** _____

Vaccination Date _____ (MM/DD/YYYY) **Manufacturer** Merck **Lot #** _____

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

Doc # 35-05-20/13/09/10

Name _____ Date of Birth _____
Last First MI

Para Rocío Nasal Solamente

Responda estas preguntas solamente si la persona a vacunarse esta entre las edades de 2 a 49 años y prefiere una vacuna en forma de rocío nasal en lugar de la vacuna inyectable.

	No	Sí	Clinician's Note
La persona que se va a vacunar hoy está enferma?			
Está la persona a vacunarse embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?			
La persona a vacunarse es menor de 2 años o mayor de 49 años.			
La persona a vacunarse tiene de 2 a 4 años y en los últimos 12 meses el médico le ha diagnosticado con asma o resuello.			
La persona a vacunarse ha tenido alguna reacción seria a la vacuna intranasal contra la influenza?			
La persona a vacunarse ha tenido alguna reacción alérgica a: • Huevos, proteínas de huevos o a la vacuna de la influenza administrada anteriormente o; • Otros componentes de la vacuna como la gentamicina, gelatina o arginino?			
La persona a vacunarse ha recibido cualquier otra vacuna en las últimas 4 semanas?			
La persona a vacunarse está recibiendo medicamentos antivirales.			
La persona a vacunarse es un niño o adolescente en terapia de aspirina a largo plazo?			
Ha tenido la persona a vacunarse síndrome de Guillain-Barre?			
La persona a vacunarse:			
Sufre de problemas cardíacos, respiratorios; asma, riñones, hígado, enfermedades metabólicas como diabetes, anemia o desórdenes sanguíneos.			
Tiene desordenes musculares o nerviosos como convulsiones o parálisis cerebral que puedan ocasionar problemas para respirar o ingerir.			
Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otra enfermedad que afecte el sistema inmunológico o en los últimos tres meses, toman medicamentos que debilitan el sistema inmunitario como cortisona, esteroides o medicamentos contra el cáncer o han tenido tratamientos de radiación.			
Reside o planea estar en contacto con una persona con el sistema inmunológico comprometido y quien requiere cuidados en un ambiente protegido como la unidad de cuidados intensivos de un hospital.			

Firma: _____ **Nombre del Firmante:** _____
Paciente____ **Padre**_____ **Guardian**___ **Fecha:** _____ (Escribir con claridad)

Official Use Only

☐ **VFC** – Child is under age 19 and
- ☐ Child is enrolled in Medicaid or DHCP
- ☐ **or** Child is uninsured
- ☐ **or** Child is American Indian or Native Alaskan

☐ **Non-VFC** – Child does not meet VFC qualifications above