

SUMMIT COUNTY PUBLIC HEALTH INFLUENZA VACCINE FAMILY FORM

Dirección de correspondencia de la Familia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Por favor responda, las siguientes preguntas para cada persona a vacunar.

Nombre (1): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Está enfermo actualmente y/o tiene fiebre? _____ SI _____ NO
2. ¿Tiene alguna alergia (a huevos, medicamentos, otros)? _____ SI _____ NO
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado? _____ SI _____ NO
4. ¿Ha tenido síndrome de Guillain-Barre? _____ SI _____ NO

Nombre (2): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Está enfermo actualmente y/o tiene fiebre? _____ SI _____ NO
2. ¿Tiene alguna alergia (a huevos, medicamentos, otros)? _____ SI _____ NO
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado? _____ SI _____ NO
4. ¿Ha tenido síndrome de Guillain-Barre? _____ SI _____ NO

Nombre (3): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Está enfermo actualmente y/o tiene fiebre? _____ SI _____ NO
2. ¿Tiene alguna alergia (a huevos, medicamentos, otros)? _____ SI _____ NO
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado? _____ SI _____ NO
4. ¿Ha tenido síndrome de Guillain-Barre? _____ SI _____ NO

Nombre (4): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Está enfermo actualmente y/o tiene fiebre? _____ SI _____ NO
2. ¿Tiene alguna alergia (a huevos, medicamentos, otros)? _____ SI _____ NO
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado? _____ SI _____ NO
4. ¿Ha tenido síndrome de Guillain-Barre? _____ SI _____ NO

Nombre (5): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Está enfermo actualmente y/o tiene fiebre? _____ SI _____ NO
2. ¿Tiene alguna alergia (a huevos, medicamentos, otros)? _____ SI _____ NO
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado? _____ SI _____ NO
4. ¿Ha tenido síndrome de Guillain-Barre? _____ SI _____ NO

POR FAVOR FIRME LA PARTE DE ATRÁS



SUMMIT COUNTY PUBLIC HEALTH INFLUENZA VACCINE FAMILY FORM

He leído o me han explicado la información relativa a la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que la vacuna se me administre a mí o a la persona nombrada a continuación para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Salud Pública del Condado de Summit.

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el cliente: _____



Para uso clínico después de esta línea Para uso clínico después de esta línea Para uso clínico después de esta línea

NAME 1 Initials	Eligibility	Immunization Date	Dose Choose one:	Site	Lot Number	Administered By
	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> 0.25 mL QIV Ped (6-35 months) <input type="checkbox"/> 0.5 mL QIV SD (6 months +) <input type="checkbox"/> 0.5 mL High Dose (65+) other: _____	LD RD LVL RVL		
	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> 0.25 mL QIV Ped (6-35 months) <input type="checkbox"/> 0.5 mL QIV SD (6 months +) <input type="checkbox"/> 0.5 mL High Dose (65+) other: _____	LD RD LVL RVL		
	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> 0.25 mL QIV Ped (6-35 months) <input type="checkbox"/> 0.5 mL QIV SD (6 months +) <input type="checkbox"/> 0.5 mL High Dose (65+) other: _____	LD RD LVL RVL		
	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> 0.25 mL QIV Ped (6-35 months) <input type="checkbox"/> 0.5 mL QIV SD (6 months +) <input type="checkbox"/> 0.5 mL High Dose (65+) other: _____	LD RD LVL RVL		
	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> 0.25 mL QIV Ped (6-35 months) <input type="checkbox"/> 0.5 mL QIV SD (6 months +) <input type="checkbox"/> 0.5 mL High Dose (65+) other: _____	LD RD LVL RVL		
	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> 0.25 mL QIV Ped (6-35 months) <input type="checkbox"/> 0.5 mL QIV SD (6 months +) <input type="checkbox"/> 0.5 mL High Dose (65+) other: _____	LD RD LVL RVL		
	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CR		<input type="checkbox"/> 0.25 mL QIV Ped (6-35 months) <input type="checkbox"/> 0.5 mL QIV SD (6 months +) <input type="checkbox"/> 0.5 mL High Dose (65+) other: _____	LD RD LVL RVL		