Influenza Vaccine ☐ LEP
ADMINISTRATION RECORD
(NO third party billing)

Lexington-Fayette County Health Department
650 Newtown Pike, Lexington, KY 40508
(859) 288-2483 option 2
www.lexingtonhealthdepartment.org

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD CONDADO ESTADO CODIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____ **EDAD:** _____ **NUMERO DE TELEFONO:** _____
MES DIA AÑO

RAZA: (Seleccione UNO o MAS)
☐ **(W)** Blanco ☐ **(B)** Negro o Afroamericano ☐ **(N)** Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ **(A)** Asiático
☐ **(H)** Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico

ETHNICITY: Hispanic o Latino ☐ **(S)** Si ☐ **(N)** No

SEXO: (Marcar UNO) ☐ Hombre ☐ Mujer

INGRESOS ANUALES DE LA FAMILIA: (Marque UNO)
☐ Menos que o equivalente a $25,000 ☐ $25,001-$50,000 ☐ $50,001-$74,999 ☐ más que o equivalente a $75,000 ☐ No sabe
☐ No desea contestar

El departamento de salud puede guardar este registro en un expediente médico. Notarán qué vacuna fue dada, cuándo fue dada la vacuna, el nombre de la compañía que hizo la vacuna, el número del lote especial de la vacuna, el lugar de la inyección, la firma y el título de la persona que dio la vacuna, y la dirección donde se dio la vacuna. Toda la información del paciente será confidencial. Información demográfica como ingresos y seguro medico, pueden ser usados internamente para organizar eventos similares en el futuro. Si usted no desea contestar preguntas de sus ingresos o del estatus de su seguro medico, por favor seleccione "No desea contestar." **No soy responsable de cualquier cargo para la vacuna contra la influenza o la administración.**

He leido o me han explicado la declaración de información de vacunas 2017 -2018 (VIS) y entiendo los riesgos y beneficios para la:
☐ ***Vacuna*** *Inactivada* ***contra la Influenza*** **2017-2018 (fecha de VIS 08/07/15) (Inyección**

X _____ **FECHA:** 10/5/17
Firma de la persona que va a recibir la vacuna o la persona autorizada para hacer el pedido (padre o guardián legal)

POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

S N
☐ ☐ ¿Se siente bien hoy?
☐ ☐ ¿Ha recibido la vacuna contra la influenza 2017-2018? _____ Inyección FECHA:_____
☐ ☐ **En toda su vida, ¿alguna vez usted ha recibido la vacuna de la influenza/gripe?**
☐ ☐ Do you have a serious allergy to eggs? (This does **not** mean that you do not like them or they give you an upset stomach)
☐ ☐ ¿Tiene alguna otra alergia severa? Por favor liste: _____
☐ ☐ ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?
☐ ☐ ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (debilidad severa muscular temporal) dentro de 6 semanas de recibir la vacuna antigripal?

SOLAMENTE PARA USO DEL HEALTH DEPARTMENT

VACCINE MANUFACTURER: _____ **VACCINE LOT NUMBER:** _____ ☐ Questions reviewed with patient

INJECTION SITE: Deltoid: ☐ Left ☐ Right Lateral Thigh: ☐ Left ☐ Right

SIGNATURE AND TITLE OF PROVIDER: _____ **PROVIDER#:** _____ **DATE:** 10/5/17

NOTES: _____

_____

☐ Dose 1 ☐ Dose 2