DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE FORSYTH

CLÍNICA DE VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA/GRIPE

2020 FORMULARIO PARA LA REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

(PARA ADULTOS DE 19 AÑOS DE EDAD O MAYORES)

¡POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA / FAVOR DE PROVEER EL NOMBRE COMPLETO

PRIMER/SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	HISPANO?	RAZA	NUMERO DE TELFONO
	M / F	Y N		

DOMICILIO	# DE APARTAMENTO

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

PRIMER NOMBRE DE LA MAMA Y APELLIDO DE SOLTERA

POR FAVOR, MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Hoy día tiene algún sintoma de fiebre o esta enfermo? No___ Si___ (Describa-_____)
2. ¿Ha recibido la vacuna contra la gripe antes? No___ Si___ (¿Cuando?_____)
3. ¿Ha tenido usted reacción alérgica seria a huevos, gelatina, timerosal o una vacuna anterior contra gripe?
   No___ Si___ (Describa-_____)
4. ¿Tiene algún historial medico del síndrome Guillain-Barré' (enfermedad de parálisis severo)? No___ Si___
5. ¿Ha tenido alergia severa al látex antes? No _____ Si _____
6. ¿Estás embarazada? No _____ Si _____
7. ¿Tienes seguro medico? No_____ Si _____ □ Medicaid □ Medicare □ Seguro Privado

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

He leído o se me ha explicado la información sobre la vacunación o inyección. He tenido el tiemp suficiente para hacer preguntas y han sido respondidas a mi satisfacción. Yo creo, entiendo los beneficios y riesgos de la lista mencionada arriba sobre la vacunación o inyección. Solicitó que se me administre la vacuna o a la persona mencionada por la cual yo estoy autorizada para hacer está petición.

Por la presente, certifico que puedo solicitar bajo petición una copia de las "Notificación de las Normas de Privacidad" del Departamento de Salud Publica del Condado Forsyth. Entiendo que en caso de preguntas sobre el contenido de esta Notificación; yo puedo comunicarme con la persona mencionada indicada.

_____ FIRMA DEL PACIENTE

_____ FECHA

FOR OFFICE USE ONLY

	Lot #	Route	Injection Site
Flu S P	_____	IM	LD RD

_____ VACCINE ADMINISTRATOR SIGNATURE/TITLE

_____ DATE

NCIR ☐