

Date: / /

CUMBERLAND COUNTY HEALTH DEPARTMENT

NJIS#

309 Buck Street
MILLVILLE, NJ 08332
TEL: 856-327-7602

Report #: _____

Health Dept.

Location: _____

Consentimiento para la Vacuna de Influenza

High dose

Adulto

VFC

VIS Date: 8/15/2019

Temperatura: _____

Sección 1: (ESCRIBA SU NOMBRE)

VIS Date Given: _____

Form with fields: APELLIDO, NOMBRE, M.I., FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD, DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL, GENERO, MUNICIPIO, SSN, TELÉFONO

Sección 2: Seguro

Form with fields: MEDICARE, MEDICAID Seguro ID, SEGURO PRIVADO, No Tengo Seguro

Sección 3: Consentimiento para la Vacunación

Text area for consent: Autorizo la sumisión de la reclamación a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador... Doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Condado de Cumberland...

Sección 4: Detección para la elegibilidad de la vacuna*

Por favor conteste las preguntas a la parte de atras de este formulario

Lista de verificación de detección de contraindicaciones para la vacuna inyectable inactiva contra la influenza

Para que los pacientes adultos sean vacunados: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no debemos darle hoy la gripe inyectable inactivada. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	SI	NO	NO SE
1. Leyó las preguntas de detección de COVID-19 y habló con el personal de CCDOH si es necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a los huevos o a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
(mes) (día) (año)

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
(mes) (día) (año)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE)

Vaccine	Date 1st Dose Administered	Date 2nd Dose Administered	Route/Site				Staff Signature	Vaccine Manufacturer	Lot Number/ Exp Date
			1st Dose		2nd Dose				
Injectable Influenza			IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sanofi GSK Seqirus		
			<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sanofi		
Hi Dose			<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

<u>Vaccine</u>	<u>Description</u>	
90653	Fluzone Quadrivalent 0.5 ml PFS, for ages 6 months and above	
90686	Fluzone Quad High Dose 0.7 ml, for ages 65 years and above	
	Fluzone Quadrivalent 0.5 ml SDV, for ages 6 months and above	
	VFC: Flulaval 0.5 ml PFS, for ages 6 months and above	