

**For Office Use Only**

Rm _____	<input type="checkbox"/> IN	Patient is:
Checkout?	<input type="checkbox"/> OUT	<input type="checkbox"/> New Pt
<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> PVP	<input type="checkbox"/> F/U
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> W/C	<input type="checkbox"/> Est Pt



**Paquete para la Vacuna de Influenza**

**For MA Use Only**

Height _____	Weight _____
Temp _____	Pulse _____
BP _____/____	LMP _____
Resp _____	Pul Ox _____

**INFORMACION DEMOGRAFICA**

Nombre \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Inicial Dirección*

DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal*

Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono Alternativo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Sí, los mensajes pueden ser dejados en este número.  Sí, los mensajes pueden ser dejados en este número.

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
*Nombre Telefono Relacion*

**CUESTIONARIO PARA LA VACUNA DE INFLUENZA**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Recibio la informacion sobre la Vaucna de Influenza?   | Si | No |
| 2. Actualmente esta experimentando alguna enfermedad moderada o severa?   | Si | No |
| 3. Tiene alguna alergia a huevos/aves caseras?  | Si | No |
| 4. Tiene alguna alergia al thimerosal conservativo?   | Si | No |
| 5. Tiene alguna alergia al látex?   | Si | No |
| 6. A recibido la Vacuna de Influenza en el pasado?  | Si | No |
| Si, que año recibio la ultima dose: _____   |    |    |
| 7. Algúna reacción o problema anterior con la Vacuna de Influenza?  | Si | No |
| Si, que año recibio la ultima dose: _____   |    |    |
| 8. Alguna vez a tenido el Síndrome de Guillain Barre:   | Si | No |
| 9. Actualmente esta tomando: cortison, prednison, otro esteroides,<br>tratamientos de radiografia , warfarin, anticoagulante, o theophylline: | Si | No |
| 10. El paciente es mayor de 18 años?  | Si | No |

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y AUTORIZACION**

He leído o alguien me a explicado la información en "la Declaración de Información de Vacuna" con respecto al riesgo y los beneficios asociados con la vacunación de la influenza. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna recomendada. Autorizo a Urgent and Family Care at Avery Ranch, y sus proveedores de asistencia sanitaria para rendir el tratamiento necesario. Reconozco y concuerdo en conformarse con el cuidado de Urgent and Family Care, las reglas financieras y de intimidad, y reconocer su conformidad con HIPAA.

Firma del Paciente/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Vaccine // Manufacturer:** Flulaval // GlaxoSmithKline **Lot #:** AFLLA581AA **Dose:** 0.5ml IM

**Site (circle one):** Left Deltoid Right Deltoid

MA Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For MA Use Only**