

Clínica Médica de Sioux
Center Health
1101 Ninth St SE
Sioux Center, IA 51250
712-722-2609

Clínica Médica de
Hawarden
920 Ave F
Hawarden, IA 51023
712-551-1000

Clínica Médica de
Hull
807 Main Street, Ste. D
Hull, IA 51239
712-439-1315

For office use only /
Solo para uso de la oficina:

- Walk In
 IRIS
 HM

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (FLU)

Nombre _____ Fecha de Nac.: _____ Edad _____
(Favor de escribir en letra de molde)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Núm. de tel.: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

	Sí	No	No sé
1. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra la influenza (incluso la versión intra-nasal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción médica seria a la vacuna contra la influenza (incluso la versión intra-nasal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene fiebre (más de 100 grados)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Actualmente es positivo/a para el Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es alérgico/a a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene antecedentes del Síndrome de Guillian-Barre en las 6 semanas siguientes a de recibir la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doy mi autorización para recibir la vacuna contra la influenza.

He recibido y leído la Declaración Informativa sobre la vacuna contra la Influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad y el tratamiento. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna, sin embargo, como con cualquier vacuna no hay garantía de inmunidad o que no experimentaré efectos secundarios. Por la presente solicito la vacuna contra la influenza.

Firma de la persona recibiendo la vacuna/el tutor o la tutora si es de menor edad/persona autorizada de hacer la petición:

X _____ Fecha _____

For office use only / Solo para uso de la oficina

Clinic Site:

- Sx Center
 Hull
 Hawarden

Site of Administration:

- L or R Deltoid
L or R Thigh

Self Pay:

- Check # _____
 Cash \$ _____

Please Place Influenza Vaccine Label Here

Card Scans:

- Medicare/MADV
 Insurance
 Medicaid/MCO

Vaccine Given:

- Flu vaccine (6mo+): (0.5ml)
 Flu vaccine (65yr +) High dose

Stock:

- Private
 VFC

Immunizer Signature _____ Date of Administration _____