

Sioux Center Medical Clinic
1101 Ninth St SE
Sioux Center, IA 51250
712-722-2609

Hawarden Medical Clinic
920 Ave F
Hawarden, IA 51023
712-551-1000

Hull Medical Clinic
807 Main Street, Ste. D
Hull, IA 51239
712-439-1315

For Office Use Only:

- Walk In
- Appointment
- IRIS
- HM
- Acct # _____

INFLUENZA IMMUNIZATION RECORD

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
(en letra de molde)

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

INFORMACION MÉDICA:

- | | SI | NO | NO SE |
|--|-----------|-----------|--------------|
| 1. ¿Está enfermo hoy? | SI | NO | |
| 2. ¿Es alérgico a los blanquillos o a un componente de la vacuna? | SI | NO | |
| 3. ¿Ha tenido una reacción seria alguna vez a la vacuna contra la influenza? | SI | NO | |
| 4. ¿Alguna ves ha sufrido del Síndrome de Guillain-Barré? | SI | NO | |

POSIBLES REACCIONES SECUNDARIOS:

Inmediato:

- a. La zona inyectada enrojecida e hinchada por 1 á 2 días.
- b. Dificultad al respirar puede ocurrir si es alérgico al huevo.

Corto-plazo:

- a. Fiebre, debilidad y/o dolores. Generalmente comienzan 6 á 12 horas después de haber recibido la vacuna y duran 1 ó 2 días. Esto puede ocurrir mientras el cuerpo desarrolla inmunidad.

Largo-plazo:

- a. No existe asociación entre el Síndrome de Guillain-Barré y la vacuna contra el flu.

Autorización para Administrar la Vacuna Contra el Flu y Conocimiento de Privacía HIPAA

Se me ha proporcionado una copia de y/o leído o me han explicado, información sobre la Vacuna Contra la Influenza. He tenido la oportunidad para hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción.

De tal manera solicito se me administre la vacuna de influenza desarrollada. Todos los virus están muertos así que no puedes contagiarte de influenza por la vacuna. Entiendo que existe la posibilidad de tener una reacción alérgica o una reacción aún más seria o hasta la muerte podría ocurrir con la vacuna.

Se me ha proporcionado una *Notificación de Privacía* para ser vista por mí.

Firma de persona recibiendo la vacuna o persona responsable en caso de ser un menor

X _____ Fecha _____

For Office Use Only

Clinic Site: <input type="checkbox"/> Sx Center <input type="checkbox"/> Hull <input type="checkbox"/> Hawarden	Site of Administration: L or R Deltoid L or R Thigh	Self Pay: <input type="checkbox"/> Check # _____ <input type="checkbox"/> Cash \$ _____	<i>Please Place Influenza Vaccine Label Here</i>
Card Scans: <input type="checkbox"/> Medicare/MADV <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Medicaid/MCO	Vaccine Given: <input type="checkbox"/> Flu vaccine (6mo+): (0.5ml) <input type="checkbox"/> Flu vaccine (65yr +) High dose	Stock: <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> VFC	

Immunizer Signature _____ Date of Administration _____