

Departamento de salud y servicios humanos del Condado de Salem

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL (2014-2015)

Financiado por de los Freeholders del Condado de Salem

Para obtener más información, llame al: 856-935-7510, ext 8477 o 358-3857, ext 8477

El Departamento de salud del Condado de Salem mantendrá este expediente médico en el archivo. Registrará qué vacuna fue administrada, cuando recibió la vacuna, el nombre de la empresa que hizo la vacuna, número especial de la vacuna, la firma y título de la persona que dio la vacuna y la dirección en que se administró la vacuna.

He leído o me explicó la hoja de información proporcionada a mí sobre la gripe y la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y pedir que la vacuna sea administrada a mí o a la persona nombrada abajo para quien estoy autorizado a hacer esta petición.

Favor de circular sus respuestas a las siguientes preguntas:

¿Está tomando actualmente medicamentos para diluir la sangre? Aspirina, Coumadin, heparina, etc. Sí o No

¿Es usted alérgico a los huevos? Sí o No

¿Tienes una alergia al látex? Sí o No

¿Tienes una reacción alérgica grave a una dosis previa de vacuna contra la influenza? Sí o No

¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré? (desorden neuro-muscular) Sí o No

¿Tienes fiebre o estás actualmente enfermo? Sí o No

Las hembras solamente: ¿está usted embarazada o cree que pudiera estar embarazada? Sí o No

Política de privacidad – He visto y han informado sobre las prácticas de privacidad del Departamento de servicios humanos y salud del Condado de Salem, y autorizo el uso y la divulgación de mi información médica acerca de la vacuna de la gripe según estas prácticas. He visto o se le ha ofrecido una declaración de información de vacunas (VIS)

Doy mi permiso para que mi información de inmunización ser incluidos en el sistema de información de inmunización de NJ. Información acerca de este programa está disponible a petición. ”

Libero del Departamento de salud y servicios humanos del Condado de Salem y los oficiales, directores, agentes, contratistas y empleados de esta organización de cualquier responsabilidad que resulte de la inmunización.

Boro _____

Raza _____

Primer Nombre Ultima Nombre MI Fecha de Nacimiento Edad M F Sexo

Dirección Ciudad Estado Código Postal Condado

X Teléfono # _____

Firma/p para recibir la vacuna o la persona autorizada para realizar la solicitud (padre o tutor).

Clinic/Office Address: Salem County Health Department,

Site of injection: ____ Left Deltoid ____ Right Deltoid ____ Other _____

Date/Place Vaccine administered:

Exp. Date: expires Lot #

Signature/Title of Vaccine Administrator

Label