

# Departamento De Salud y Servicios Humanos del Condado de Salem

## VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL (2020-2021)

Financiado por la Junta de Detentores elegido del Condado de Salem

Para obtener más información, llame al: 856-935-7510, ext 8476 or 8482

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 se 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. **Por Favor Inicial:** \_\_\_\_\_

### Favor de circular sus respuestas a las siguientes preguntas:

¿3 años o más? Sí o No

¿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

### Política de privacidad

– He visto y me 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 me ha ofrecido 08/15/2019 una declaración de información de vacunas (VIS).

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

### Autorización de tratamiento; Reconocimiento y Asunción del riesgo; Exención de responsabilidad, indemnización y liberación médica

– En mi nombre y / o en nombre de mi hijo menor / persona a la que tengo poder legal, soy consciente de los peligros para la salud personal y el riesgo de lesiones físicas. También entiendo que puede haber riesgos adicionales o diferentes de los cuales no tengo conocimiento.

Entiendo que el Departamento no asegura a los participantes por pérdida o justifica que se produzca un tratamiento exitoso. Opto voluntariamente por participar en esta actividad de inmunización con el conocimiento de que puedo sufrir daños y acepto aceptar y asumir todo riesgo de lesiones personales o muerte. En consideración por el tratamiento que se realiza en mi nombre o en nombre de mi hijo / a menor a quien tengo un poder notarial, renuncio, doy de alta y doy de alta al Departamento, a sus funcionarios, agentes, voluntarios y empleados, por todo comportamiento imprudente o negligente. causando la muerte, discapacidad, lesiones personales,, daños a la propiedad, pérdidas u otros reclamos que puedan acumularme a mí o a mi patrimonio como el resultado directo o indirecto de la participación en el tratamiento de inmunización. Además, defenderé, indemnizaré y mantendré a salvo al Departamento, a su funcionario, a sus agentes, a los voluntarios y empleados, contra cualquier reclamo de cualquier naturaleza, incluidos los costos, los gastos y los honorarios razonables de los abogados, que es de la manera o la forma en que resulta de la participación. En el tratamiento de referencia. Asimismo, doy mi consentimiento para recibir o permitir que mi hijo menor reciba todo el tratamiento médico necesario que el personal del Departamento considere conveniente y que ofrezca.

### Lea antes de firmar

He leído este formulario y reconozco que creo que entiendo completamente sus términos y disposiciones, incluido el hecho de que estoy renunciando a ciertos derechos legales al considerar recibir tratamiento por mí mismo o en nombre de mi hijo menor.

\_\_\_\_\_ M F  
 Apellido Primer Nombre Fecha de Nacimiento Edad Sexo

\_\_\_\_\_ Dirección Ciudad Estado Código Postal Condado

X \_\_\_\_\_ Número de Teléfono #

Firma/que recibid la vacuna o la persona autorizada para ha la solicitud (padre o tutor).

\_\_\_\_\_  
 Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)

Clinic/Office Address: Salem County Health Department

Site of intramuscular injection:

\_\_\_ Left Deltoid \_\_\_ Right Deltoid \_\_\_\_\_ Other

Signature/Title of Vaccine Administrator

Reviewed By:	Label Date/Place Vaccine administered Exp. Date and Lot #



Department of Health & Human Services

110 Fifth Street, Suite 500 Salem, New Jersey 08079 856-935-7510

Cuestionario de detección de COVID-19

En las últimas 24 horas, ¿ha experimentado:

Fiebre:

- Si No

Fatiga:

- Si No

Tos:

- Si No

Estornudo:

- Si No

Achaques:

- Si No

Perdida reciente del gusto u olfato:

- Si No

Moqueo o congestión nasal:

- Si No

Dolor de garganta:

- Si No

Nauseas, Vomitos:

- Si No

Diarrea:

- Si No

Dolores de cabeza:

- Si No

Dificultad para respirar:

- Si No

Otra: \_\_\_\_\_

¿Ha estado recientemente en contacto cercano (dentro de 6 pies durante >= 10 minutos) con alguien que haya exhibido algún síntoma de COVID-19?

- Si No

¿Ha estado recientemente en contacto con alguien que haya dado positivo en la prueba de COVID-19?

- Si No

Doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Clinic/Office Address: Salem County Health Department

All information on this form has been reviewed and the patient certifies that all information is true and correct as of the last 24 hours.

Signature/Title of Vaccine Administrator \_\_\_\_\_