

Program
IMMUNIZATION
Location

PRINCE GEORGE'S HEALTH DEPARTMENT

Date		
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mes	Día	Año

INFLUENZA/COVID-19  
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA

Nombre del cliente (Apellido)		(Primer Nombre)	(M.I.)	Número de registro médico (solo para uso en el consultorio)	
Dirección		Número de apartamento		Fecha de nacimiento	
				<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Ciudad		Estado	Age (solo para uso en la oficina)	Sexo (Círcule Uno)	
				Masculino	Hembra
Código Postal	¿Es usted un empleado del Departamento de Salud?		¿Eres hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/>			Raza	Selecciona una de las siguientes carreras. Si eres multirracial, marca todo lo que corresponda:	
Número de teléfono		Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>					
Padre/Tutor/Tutora	Apellido de soltera de la madre		Cual es su relación al Paciente:		
				CIRCULO UNO	COMENTARIOS
1. ¿Usted o la persona que se va a vacunar está enferma hoy?				SÍ	NO
2. ¿Usted o la persona que se está vacunando tiene fiebre hoy?				SÍ	NO
3. ¿Usted o la persona que se va a vacunar son alérgicos o sensibles al látex?				SÍ	NO
4. ¿Usted o la persona que se va a vacunar están embarazadas?				SI	NO
5. ¿Es esta la primera vacuna contra la gripe o el COVID-19 que se recibe?				SÍ	NO
6. ¿La receptora está amamantando?				SI	NO
7. ¿Usted o la persona vacunada han tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia)? después de recibir la vacuna contra la gripe o el COVID-19.				SÍ	NO
8. <b>SOLO PARA LA INFLUENZA</b>				SÍ	NO
A. ¿Eres alérgico al huevo o a los productos derivados del huevo? Explicar				SÍ	NO
b. ¿Eres alérgico a algún medicamento o timerosal?				SÍ	NO
c. ¿Usted o la persona que se está vacunando ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? Explicar				SÍ	NO
9. <b>SOLO PARA COVID</b>				SÍ	NO
a. ¿Usted o la persona que se está vacunando da positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos días?				SÍ	NO
b. ¿Usted o la persona que se está vacunando tiene un trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?				SÍ	NO
c. ¿Usted o la persona que se está vacunando ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (monoclonal) anticuerpos o suero convalescente) como tratamiento para la COVID-19 en los últimos 90 días?				SÍ	NO
Firma del Paciente /Padre o Tutor:			Fecha:		

Esta persona califica para recibir vacunas a través del Programa VFC (Vacunas) de Maryland porque:  
(Marque una de las siguientes casillas):

- a. Está cubierto o inscrito en Asistencia Médica (United Healthcare, Priority Partners, Amerigroup, etc.)
- b. No tiene seguro médico
- c. Es nativo americano (indio americano) o nativo de Alaska
- d. Tiene seguro médico que no cubre (paga) las vacunas

Vaccine Manufacturer	Vaccine Lot Number	Expiration Date	Injection Site	Date Administered	Vaccine Administrator Signature
INFLUENZA					
Vaccine Manufacturer	Vaccine Lot Number	Expiration Date	Injection Site	Date Administered	Vaccine Administrator Signature
COVID-19					

<b>Nurse Signature &amp; Date</b>		<b>Comments:</b>
-----------------------------------	--	------------------