

Registro de inmunizaciones de North Carolina

Registro de administración de vacunas

Name of Organization: _____ **OFFICE USE ONLY**

La información colectada en este formulario será utilizada para documentar la autorización para recibir la(s) vacuna(s).

| CHART NUMBER | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre) | | Nombre de soltera de la madre (apellido, primer nombre) | |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Sexo <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra | Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano | |
| Raza (Marque toda respuesta que apliqué) | | | |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacifico | <input type="checkbox"/> Otra raza | |
| Nombre del padre/madre o tutor responsable por el paciente (apellido, primer nombre) | | Relación con el paciente | |
| Dirección | | Apdo. postal | |
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| Dirección de correo electrónico (si corresponde) | Número telefónico de la casa () | Número telefónico del trabajo () | Extensión |

Favor de contestar las preguntas siguientes:

1. ¿Está usted embarazada? Sí No
2. ¿Está empleado como trabajador al cuidado de la salud dando atención directamente al paciente? Sí No
3. ¿Tiene alguna condición médica aguda o crónica tal como enfermedades del corazón, diabetes, asma, cáncer o alguna condición que afecte su sistema inmunológico? Sí No
4. ¿Vive en un hogar con bebés de menos de 6 meses de edad? Sí No
5. ¿Ha tenido antes una reacción a la dosis de la vacuna de la influenza (gripe)? Sí No
6. ¿Tiene una alergia a los huevos? Sí No

Yo/Designado como padre he recibido las "Declaraciones de Información Sobre las Vacunas" (VIS-por sus siglas en ingles) respecto las enfermedades y las vacunas.

He tenido la oportunidad de revisar el VIS y de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y pido que las vacunas mencionadas abajas sean administradas a mí o la persona nombrada arriba por quien yo tengo la autorización de hacer esta solicitud.

| | |
|---|-------------------|
| FIRMA – Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente <div style="font-size: 2em; font-family: cursive;">X</div> | Fecha de la firma |
|---|-------------------|

FOR OFFICE USE ONLY:

Eligibility: American Indian/Alaskan Native Medicaid Not Insured Underinsured NC Health Choice Insured

| Vaccine | Trade Name | Lot # | VIS Pub. Date | Date VIS Presented | Body Route | Body Site* | mL. |
|-------------|------------|-------|---------------|--------------------|------------|-------------|-----|
| H1N1 | | | | | IM | RV LV RD LD | |
| Influenza | | | | | IM | RV LV RD LD | |
| FLU – Nasal | | | | | IN | BN RN LN | |
| PPSV | | | | | IM SC | RV LV RD LD | |
| Other | | | | | | | |

* RV = Right Vastus Lateralis LV = Left Vastus Lateralis RD = Right Deltoid LD = Left Deltoid BN = Bilateral Nares RN = Right Naris LN = Left Naris

| | |
|--|---------------------------|
| SIGNATURE AND TITLE – Person Administering Vaccine | Date Vaccine Administered |
|--|---------------------------|