

Departamento de Salud del Condado de Putnam
Registro de administración de la vacuna contra la influenza/COVID

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Condigo Postal _____

Telefono # _____ edad _____ Hombre _____ Hembra _____ El Medico _____

Por favor responda las siguientes preguntas sobre la persona que recibirá la(s) vacuna(s).	Si	No
• ¿Estás enfermo hoy?		
• ¿Tiene alergia al huevo, al látex, a la gelatina o a algún otro componente de la vacuna? afirmativo, indíquelo: _____		
• ¿Ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la influenza o la COVID-19 en el pasado?		
• ¿Historia del síndrome de Guillain-Barré?		
• ¿Tiene un problema de salud como: pulmón, corazón, riñón, hígado, diabetes, asma, convulsiones, anemia o un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, deficiencia del componente del complemento, implante coclear, fuga de líquido cefalorraquídeo, está tomando anticoagulantes o terapia con aspirina?		
• ¿Tiene leucemia, cáncer, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? ¿En los últimos 3 meses?		
• ¿Ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como esteroides, medicamentos antivirales, medicamentos para la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, psoriasis, medicamentos contra el cáncer o radiación en los últimos 3 meses?		

SOLO PARA NEBULIZACIÓN CONTRA LA GRIPE: ¿Podría estar embarazada o quedar embarazada en el próximo mes?		
SOLO PARA COVID: ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección con el virus que causa COVID-19?		
• ¿Tuvo COVID-19 en los últimos 90 días?		
• ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna COVID-19 en el pasado?		
• Si es así, ¿su última vacuna contra la COVID fue hace al menos 3 meses?		

Consentimiento relacionado con el aviso de privacidad: He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Privacidad como parte de este proceso de registro. Entiendo que los Términos del Aviso de Privacidad pueden cambiar y que puedo recibir estas notificaciones modificadas contactando a PCHD por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo derecho a preguntar cómo se utilizará y/o divulgará mi información médica protegida. Hay una copia de la Declaración de Privacidad expuesta en la sala de espera, y se puede entregar una copia si el cliente la solicita.

He recibido una copia de la Declaración Informativa sobre la Vacuna contra la Influenza y/o la COVID-19. Las preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Considero que comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que se me administren las vacunas a mí o a la persona mencionada anteriormente, en cuyo nombre estoy autorizado para realizar esta solicitud. Autorizo que mi nombre y fecha de nacimiento se divulguen al gobierno estatal y federal para los fines de los informes requeridos.

Consentimiento para la cesión de beneficios: Autorizo la facturación a mi seguro y reconozco que soy responsable financieramente de la responsabilidad del paciente, según las directrices de mi seguro: todos los copagos, deducibles y demás montos que mi plan de seguro establezca como mi responsabilidad. Es mi responsabilidad obtener información de mi aseguradora sobre los servicios no cubiertos. Si recibo atención médica fuera de mi plan de seguro, seré responsable de todos los cargos adeudados. Al firmar este consentimiento, autorizo el uso o la divulgación de mi información médica para fines de tratamiento, pago o atención médica.

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para realizar la solicitud (Padre/Tutor)	Fecha

SOLO PARA USO DE OFICINA: Select all that apply and circle lot number to be administered.

FLU ☐ HIGH DOSE FLU ☐ FLU MIST (intranasal) ☐ COVID ☐

Manufacturer	Vaccine Lot #	Date Administered	Admin. Site	Dosage	Nurse Signature
SANOFI (age 65 and older)	U8874BA U8859AA		Lt. Deltoid IM	0.5mL	
GSK (6mo and older)	99H9A		Rt. Deltoid IM		
GSK (6M and older)	4D255 2T543 2CA5M Adult ST Dose		Lt. Thigh IM	0.5mL	
INTRANASAL-FLU MIST (ages 2-49) AstraZeneca	YF3413 YF3413B		Rt. Thigh IM	0.2 mL	
Moderna (COVID) MNEXSPIKE (ages 12 and older)	3052733		Intranasal	0.2mL	
Moderna Spikevax (Ages 12 and older)	3052668				
Moderna Spikevax (ages 6M -- 11 years)	3052579				