



DEL CONDADO DE NEVADA

Nombre del paciente: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
MM / DD / YY

Dirección: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Nombre de la madre: _____

Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada requiere que obtengamos los siguientes datos demográficos. Esta información es confidencial y nos permite ofrecer servicios de calidad. **La siguiente información es para la persona que recibe la(s) vacuna(s)**

Selecciona una o más:

Raza

- | | |
|--|---|
| ☐ Nativo de Alaska o American Indio | ☐ Blanco o Hispano |
| ☐ Asiática | ☐ Más de uno raza |
| ☐ Negro o Afroamericano | ☐ Otra raza |
| ☐ Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico | ☐ Se negó a declarar |

Elija uno:

Grupo étnico

- ☐ Hispano
☐ No-Hispano
☐ Desconocido

Elija uno:

Idioma

- ☐ Inglés
☐ Español
☐ Indio (Hindi & Tamil)
☐ Otro

He leído, o me han explicado la información en esta forma acerca de la influenza y la vacuna de la influenza (VIS). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza, y requiero que me la pongan a mí o a la persona descrita abajo de quien tengo autorización de hacer esta petición. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Nevada registra información de vacunas en el registro de vacunas de California (CAIR). Admito que he recibido una copia de la nota de prácticas privadas del Condado de Nevada. Por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud del Condado de Nevada liberar esta información a mi proveedor médico designado(s), escuela(s), y con mi permiso verbal, a mí mismo.

Firma: _____

Paciente (Padre o tutor si es menor de 18 años)

Fecha: _____

Cuestionario de revisión para checar elegibilidad para la vacuna

Vacuna viva vacuna inactivada

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede ser vacunado hoy. Sus respuestas nos ayudarán a determinar cuál es la vacuna apropiada para usted.

Persona que recibe la vacuna:

	Si	No	No se
1. La persona que se va a vacunar hoy está enferma?			
2. La persona que se va a vacunar tiene alergia a algún ingrediente de la vacuna?			
3. La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado?			
4. La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barré (un tipo de debilidad muscular temporal o grave)?			
5. La persona que se va a vacunar se ha sentido alguna vez mareada o se desmayó antes, durante o después de una inyección?			
6. La persona que se va a vacunar está ansiosa por recibir la inyección hoy?			

NURSE USE ONLY Site of injection: ☐ left deltoid ☐ left thigh ☐ right deltoid ☐ right thigh

RN Signature: _____

Date: _____

VIS 1/31/2025

Fluarix Expires: 6/30/2026 Lot #: 37KF3

Flublok Expires: 6/30/2026 Lot #: U8823DA