



Departamento de Salud del Condado Okaloosa
Formulario para la Vacunación contra la Gripe
Porcina H1N1



Dot

Client Information

Fecha de Nacimiento:	¿Tiene alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted tiene o cuida a algún niño menor de 6 meses de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Edad:	¿Cuál enfermedad?	(Sólo mujeres)	
Apellido(s)		Nombre	Inicial del 2º nombre
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
Número de teléfono principal de contacto		Número de teléfono alternativo de contacto	
¿Alguna vez ha recibido la inyección contra la gripe de estación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alergia a los huevos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a cualquiera vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Durante las últimas 24 horas, ¿ha tenido fiebre de más de 100°? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha tenido alguna vacuna en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tomado una medicina que causó hinchazón de la boca o garganta, dificultad de respirar o choque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha tomado usted Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna pregunta acerca de la vacuna contra la Gripe porcina H1N1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Me han dado, he leído y entiendo la Información de Vacunación para la Gripe porcina H1N1 y doy mi autorización para que el Departamento de Salud del Condado Okaloosa me dé la inyección contra la Gripe porcina H1N1. También entiendo que la vacuna será documentada en el registro de vacunas Florida SHOTS.

Firma _____ Fecha de hoy _____

No escriba en esta área.

LDT = Left Deltoid
 RDT = Right Deltoid
 LLT = Left Lateral Thigh
 RLT = Right Lateral Thigh
 IN = Intra-nasal

 LAIV = Live Att Intra-nasal Vaccine
 PF = Preservative Free

Vaccine Site	Formulation	
LDT	Sanofi Pasteur	0.25 ml PF
RDT	Novartis	0.50 ml PF
LLT	CSL	0.25 ml
RLT	LAIV	0.50 ml
IN	Lot #	
Vaccinator Initials: _____		