

FLU ADMINISTRATION FORM 2019-2020
Blue Ridge Pediatric & Adolescent Medicine, Inc. (WATAUGA Location)

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento del Paciente	Edad
Numero De telefono	Fecha	

INSURANCE

Tipo de Seguro:	Apellido soltera de la Madre:
-----------------	-------------------------------

FLU INJECTION (SHOT)

Favor de contestar las preguntas siguientes:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha recibido alguna vacuna durante las 2-4 semanas anteriores? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia al látex? | SI | NO |
| 3. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia a los huevos? | SI | NO |
| 4. Esta pregunta es referente a la alergia a los huevos-ha tenido su hijo/a la vacuna de la influenza? | SI | NO |

Yo/Designado como padre he recibido las "Declaraciones de Información Sobre las Vacunas" (VIS- por sus siglas en inglés) 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 mi o la persona nombrada arriba por quien yo tengo la autorización de hacer esta solicitud.

Firma	Fecha
-------	-------

OFFICE USE ONLY

STATE PRIVATE

LOT NUMBER: _____ **SITE:** _____ **NURSE:** _____

Circle When Completed: **NCIR** **EMR** **BILLING**