

**FLU ADMINISTRATION FORM 2021-2022**  
**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 de la Madre:

**FLU INJECTION (SHOT) or FLUMIST (NASAL)**

Favor de contestar las preguntas siguientes:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene su hijo/a dos años y quiere recibir la vacuna contra la influenza intranasal?   | SI | NO |
| 2. ¿Tiene su hijo/a un problema crónico como enfermedad del corazón, diabetes, asma, cáncer o una condición que afecta la inmunidad (esto previene recibir la vacuna intranasal)? | SI | NO |
| 3. ¿Ha recibido alguna vacuna durante las 2-4 semanas anteriores?   | SI | NO |
| 4. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia al látex?  | SI | NO |
| 5. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia a los huevos?  | SI | NO |
| 6. ¿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**

**Flumist (90672)**

**INJECTION (90686)**

**STATE PRIVATE**

**LOT NUMBER:** \_\_\_\_\_ **SITE:** \_\_\_\_\_ **NURSE:** \_\_\_\_\_

**Circle When Completed:**

**NCIR**

**EMR**

**BILLING**