

FLU ADMINISTRATION FORM 2020-2021
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)

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

Vaccine 3andup (90686) Flumist (90672)

STATE PRIVATE

LOT NUMBER: _____ SITE: _____ NURSE: _____

Circle When Completed:

NCIR

EMR

BILLING