

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE WAYNE
FORMULARIO DE REGISTRACIÓN PARA LA VACUNA DE LA FLU (GRIPA)

1. NOMBRE _____
(PRIMER NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO)

2. APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE (MENORES DE 18 AÑOS) _____

3. DIA DE NACIMIENTO ____/____/____

4. HOMBRE MUJER (CIRCULE UNO)

5. RAZA: _____

6. HISPANO? SI NO (CIRCULE UNO)

7. NUMERO DE SEGURO SOCIAL ____ - ____ - ____

8. DIRECCIÓN: _____

(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

9. CONDADO DE RESIDENCIA: _____

10. TELÉFONO: _____

11. COMO USTED ESCUCHO SOBRE LA CLÍNICA DE LA VACUNA DE LA GRIPE?

PARA TODOS Deben responder las preguntas de abajo.

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. USTED TIENE FIEBRE Ó TEMPERATURA MÁS DE 100 grados F? | SI | NO |
| 2. USTED HA TENIDO LA VACUNA DE LA GRIPE (FLU)? | SI | NO |
| 3. USTED HA TENIDO UNA REACCIÓN ALÉRGICA A LA VACUNA DE LA GRIPE? | SI | NO |
| 4. ES USTED ALÉRGICA A LOS HUEVOS? | SI | NO |
| 5. ALGUNA VEZ HA TENIDO EL SINDROME DE GUILLAIN-BARRE? | SI | NO |

CONSENTIMIENTO Y Reconocimiento de Normas de Privacidad:

Yo he leído la información de la vacuna y yo entiendo los riesgos y los beneficios. A mi se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y tener a ellas contestadas a mi satisfacción. Yo voluntariamente doy mi permiso para recibir la vacuna de la gripe (flu).

A mi se me ha proveído acceso a las Normas de Practicas de privacidad.

Firma _____ Fecha de hoy _____