



Cape May County

Clínicas para Vacunas Contra la Gripe (Flu)

2017-18 Formulario de Registración

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ (Menor de 18 a)Escriba claro nombre de guardian _____

Origen étnico:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza:

- Blanco Asiático Hawaiano e Isleño del Pacífico
 Negro o Afroamericano Otro Nativo Americano o Nativo de Alaska

- ¿Es Ud. un profesional de salud o trabaja en un hogar de ancianos u otra institución? Sí No
 ¿Vive Ud. con, o cuida a personas con alto riesgo de complicaciones a causa de la gripe (flu)? Sí No
 ¿Recibió Ud. la vacuna contra la gripe (flu) el año pasado? Sí No

Seguro Médico:

- Seguro médico privado, especifique el nombre: _____
 Medicaid o NJ FamilyCare (seguro medico del Estado de NJ – especifique el tipo de seguro:)
 Amerigroup Horizon NJ Health United Healthcare Healthfirst
 No tengo seguro médico

PREGUNTAS DE EVALUACION:

	Sí	No	
¿Tiene Ud. una alergia grave a los huevos o a cualquier otro componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: Ud. debe recibir la vacuna de su médico
¿Ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene Ud. una alergia grave al Timerosal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: Ud. no puede recibir la vacuna en el “drive-through clinic”
¿Ha sido vacunado con cualquier vacuna en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: especifique:
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna del flu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene Ud. una alergia grave al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: hable con la enfermera
¿Tiene Ud. fiebre hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: espere para recibir la vacuna

He elegido recibir la vacuna contra la influenza. Lo hago de forma voluntaria y consiento que me sea dada. He leído la información Declaración (8/07/15). Entiendo los riesgos y los beneficios de esta vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales han sido respondidas a mi satisfacción. Por este medio estoy exonerando el Condado, Departamento de Salud, Clínica. Empleados y/o agentes de alguna reclamación en su contra que pueda hacer yo o alguien mas en mi nombre por daños o perjuicios que pueda sufrir como resultado de esta vacuna. Además entiendo que mi información será entrada al Sistema de Inmunización de New Jersey.

Otro ___/___/___

Firma _____

(Se requiere la firma del padre si tiene menor de 18 años)

Medical staff use only: Site: <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> NS	Other (specify):	Sanofi Pasteur FluZone
Vaccinator Signature:	affix sticker here	affix sticker here