Cape May County
Clínicas para Vacunas Contra la Gripe (Flu)

2020-2021 Formulario de Registración

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

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

Teléfono: _____
(Si es menor de 18 años) Nombre del representante_____

¿Es Ud. un profesional de salud o trabaja en un ancianato, 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

PREGUNTAS DE EVALUACION:	**Sí**	**No**	
¿Tiene Ud. una alergia grave a los huevos o a cualquier otro componente de la vacuna?	☐	☐	**SI: Ud. debe recibir la vacuna de su médico**
¿Ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	**SI: especifique:**
¿Tiene Ud. una alergia grave al Timerosal?	☐	☐	**SI: especifique:**
¿Ha sido vacunado con cualquier vacuna en los últimos 30 días?	☐	☐	**SI: especifique:**
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna del flu?	☐	☐	**SI: especifique:**
¿Tiene Ud. una alergia grave al látex?	☐	☐	**SI: hable con la enfermera**
¿Tiene Ud. fiebre hoy? **¿Ha estado en contacto cercano con alguien que dio positivo en COVID-19 en los últimos 15 días?** **¿Has viajado fuera de Nueva Jersey en los últimos 14 días?** **¿Tuviste uno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas?** • Fiebre o escalofríos • Tos • Dificultad para respirar • Fatiga • Dolores musculares o corporales • Dolor de cabeza • Nueva pérdida de sabor u olfato • Dolor de garganta • Congestión nasal • Náuseas o vómitos • Diarrea	☐	☐	**SI: espere para recibir la vacuna** **SI: hable con la enfermera** **SI: hable con la enfermera**

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 más 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 menos de 18 años)

☐**Otro** ___/___/_____ **Firma del administrador de la Vacuna** _____

Medical staff use only: Site: ☐ RD ☐ LD	GSK/Seqirus/Sanofi
affix sticker here	

Sponsored by the Cape May County Board of Chosen Freeholders
Cape May County Department of Health
Keeping Cape May County Healthy