|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Program | **PRINCE GEORGE’S HEALTH DEPARTMENT** | Date |
| **IMMUNIZATION** |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | Mes | |  | Día | |  | Año | | |
| Location | **INFLUENZA/COVID-19**  **REGISTRO DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del cliente** (Apellido) | (Primer Nombre) | | | | | | | (M.I) | **Número de registro médico** (solo para uso en el consultorio) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Dirección** | | | | **Número de apartamento** | | | | | **Fecha de nacimiento** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | Mes | |  | Día | |  | Año | | | | | | | | |
| Ciudad | | | | | | Estado | | | Age  (solo para uso en la oficina) | | | | Sexo (Círcule Uno) | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | Masculino | | Hembra |
| **Código Postal** | | | **¿Es usted un empleado del Departamento de Salud?** | | | | | | **¿Eres hispano o latino?** ☐ Sí No ☐ | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | |  |  | | | | | | **Raza** | Selecciona una de las siguientes carreras.  Si eres multirracial, marca todo lo que corresponda: | | | | | |
| ☐ Indio Americano  ☐ Asiático | | | ☐ Blanco  ☐ Otro | | | |
| **Número de teléfono** | | | **Correo electrónico** | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  | | | |  | | | | | | ☐ Negro/Afroamericano  ☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | | | | |
| **Padre/Tutor/Tutora** | | | **Apellido de soltera de la madre** | | | | | | **Cual es su relación al Paciente:** | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **CIRCULE**  **UNO** | | | **COMENTARIOS** | |
| 1. ¿Usted o la persona que se va a vacunar está enferma hoy? | | | | | | | | | | | SÍ | | NO |  | |
| 1. ¿Usted o la persona que se está vacunando tiene fiebre hoy? | | | | | | | | | | | SÍ | | NO |  | |
| 1. ¿Usted o la persona que se va a vacunar son alérgicos o sensibles al látex? | | | | | | | | | | | SÍ | | NO |  | |
| 1. ¿Usted o la persona que se va a vacunar están embarazadas? | | | | | | | | | | | SI | | NO |  | |
| 1. ¿Es esta la primera vacuna contra la gripe o el COVID-19 que se recibe? | | | | | | | | | | | SÍ | | NO |  | |
| 1. ¿La receptora está amamantando? | | | | | | | | | | | SI | | NO |  | |
| 7. ¿Usted o la persona vacunada han tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia)?  después de recibir **la vacuna contra** la gripe o el COVID-19. | | | | | | | | | | | SÍ | | NO |  | |
| 8. **SOLO PARA LA INFLUENZA**  A. ¿Eres alérgico al huevo o a los productos derivados del huevo? Explicar  b. ¿Eres alérgico a algún medicamento o timerosal?  c. ¿Usted o la persona que se está vacunando ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? Explicar | | | | | | | | | | | SÍ  SÍ  SÍ | | NO  NO  NO |  | |
| 9. **SOLO PARA COVID**  a. ¿Usted o la persona que se está vacunando da positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos días?  b. ¿Usted o la persona que se está vacunando tiene un trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes? | | | | | | | | | | | SÍ | | NO |  | |
| c. ¿Usted o la persona que se está vacunando ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (monoclonal) anticuerpos o suero convaleciente) como tratamiento para la COVID-19 en los últimos 90 días? | | | | | | | | | | | SÍ | | NO |  | |
| **Firma del Paciente /Padre o Tutor:** | | | | |  | | **Fecha:** | | | | | | | | |

**Esta persona califica para recibir vacunas a través del Programa VFC (Vacunas) de Maryland porque:**

**Rev 4/2023**

**(Marque una de las siguientes casillas):**

☐ a. Está cubierto o inscrito en Asistencia Médica (United Healthcare, Priority Partners, Amerigroup, etc.)

☐ b. No tiene seguro médico

☐ c. Es nativo americano (indio americano) o nativo de Alaska

☐ d. Tiene seguro médico que no cubre (paga) las vacunas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccine Manufacturer** | **Vaccine Lot Number** | **Expiration Date** | **Injection Site** | **Date Administered** | **Vaccine Administrator Signature** |
| **INFLUENZA** |  |  |  |  |  |
| **Vaccine Manufacturer** | **Vaccine Lot Number** | **Expiration Date** | **Injection Site** | **Date Administered** | **Vaccine Administrator Signature** |
| **COVID-19** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nurse Signature & Date** |  | **Comments:** |