|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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? Explicarb. ¿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 | SÍSÍ SÍ | NONONO |  |
|  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:** |