

# Registro de inmunizaciones de North Carolina

Registro de administración de vacunas

Name of Organization: WAKE COUNTY HUMAN SERVICES **OFFICE USE ONLY**

La información colectada en este formulario será utilizada para documentar la autorización para recibir la(s) vacuna(s).

CHART NUMBER			
Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Nombre de soltera de la madre (apellido, primer nombre)	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
Raza (Marque toda respuesta que apliqué)			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Otra raza	
Nombre del padre/madre o tutor responsable por el paciente (apellido, primer nombre)		Relación con el paciente	
Dirección		Apdo. postal	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (si corresponde)	Número telefónico de la casa (      )	Número telefónico del trabajo (      )	Extensión

**Favor de contestar las preguntas siguientes:**

1. ¿Está usted embarazada?  Sí  No
2. ¿Está empleado como trabajador al cuidado de la salud dando atención directamente al paciente?  Sí  No
3. ¿Tiene alguna condición médica aguda o crónica tal como enfermedades del corazón, diabetes, asma, cáncer o alguna condición que afecte su sistema inmunológico?  Sí  No
4. ¿Vive en un hogar con bebés de menos de 6 meses de edad?  Sí  No
5. ¿Ha tenido antes una reacción a la dosis de la vacuna de la influenza (gripe)?  Sí  No
6. ¿Tiene una alergia a los huevos?  Sí  No

Yo/Designado como padre he recibido las "Declaraciones de Información Sobre las Vacunas" (VIS-por sus siglas en ingles) respecto las enfermedades y las vacunas.

He tenido la oportunidad de revisar el VIS y de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y pido que las vacunas mencionadas abajas sean administradas a mí o la persona nombrada arriba por quien yo tengo la autorización de hacer esta solicitud. Por medio del presente, yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad.

<b>FIRMA</b> – Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin-top: 5px;">X</div>	Fecha de la firma
---	-------------------

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**Eligibility:**  American Indian/Alaskan Native  Medicaid  Not Insured  Underinsured  NC Health Choice  Insured

Vaccine	Trade Name	Lot #	VIS Pub. Date	Date VIS Presented	Body Route	Body Site*	mL.
H1N1					IM	RV LV RD LD	
Influenza					IM	RV LV RD LD	
FLU – Nasal					IN	BN RN LN	
PPSV					IM SC	RV LV RD LD	
Other							

\* RV = Right Vastus Lateralis LV = Left Vastus Lateralis RD = Right Deltoid LD = Left Deltoid BN = Bilateral Nares RN = Right Naris LN = Left Naris

SIGNATURE AND TITLE – Person Administering Vaccine	Date Vaccine Administered
--	---------------------------