

Nombre (escribir en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento	Sexo	País de residencia
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Para personas menores de 19 años de edad, nombre de soltera de la madre		
Número de reclamo de Medicare	Nombre del médico		
Proveedor de seguro médico	Dirección postal del médico		
Número de póliza	Clínica/consultorio en el que se administra la vacuna	Permiso del NYSIIS \geq 19 años <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Responda las siguientes preguntas en su nombre o en nombre de la persona que recibirá la vacuna.

- No Sí ¿Actualmente tiene fiebre?
- No Sí ¿Ha tenido alguna vez una alergia potencialmente mortal a algún componente (o parte) de la vacuna contra la gripe o la neumonía?
En caso afirmativo, describa: _____
- No Sí ¿Ha desarrollado alguna vez el síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas siguientes a recibir la vacuna contra la gripe?
- No Sí ¿Se ha vacunado alguna vez contra la neumonía?
- No Sí ¿Fuma o padece alguna enfermedad crónica, como asma o enfermedades cardíacas o pulmonares?
En caso afirmativo, describa: _____
- No Sí ¿Ha tenido alguna vez una alergia potencialmente mortal al huevo o a productos con huevo?
- No Sí ¿Actualmente está embarazada?
- No Sí ¿Tiene antecedentes de asma o respiración sibilante?
- No Sí ¿Es usted un niño/una niña o adolescente con tratamiento prolongado con aspirina?
- No Sí ¿Tiene usted un sistema inmunitario debilitado o tiene contacto cercano con una persona con un sistema inmunitario extremadamente debilitado que necesita cuidados especiales?
- No Sí ¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?
- No Sí ¿Ha tomado algún medicamento antiviral para la gripe en las últimas 48 horas?

Consentimiento para la vacuna contra la gripe

He leído, o me han explicado, la declaración informativa sobre la vacuna contra la **gripe**. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron satisfactoriamente y comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación, tal como se describen. Solicito que se me aplique la vacuna contra la **gripe** a mi (o a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para tramitar un reclamo de Medicare u otro seguro, o para otros fines de salud pública. He recibido una copia de la Declaración de derechos del paciente.

Firma del receptor (padre/madre o tutor legal)

Fecha

Consentimiento para la vacuna contra el neumococo

He leído, o me han explicado, la declaración informativa sobre la vacuna contra el **neumococo**. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron satisfactoriamente y comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación, tal como se describen. Solicito que se me aplique la vacuna contra el **neumococo** a mi (o a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para tramitar un reclamo de Medicare u otro seguro, o para otros fines de salud pública. He recibido una copia de la Declaración de derechos del paciente.

Firma del receptor (padre/madre o tutor legal)

Fecha

El personal de enfermería debe completar la sección que figura a continuación

Vacuna contra la gripe

Fecha de aplicación _____

Lugar de aplicación Brazo izquierdo Brazo derecho Nasal
 Muslo izquierdo Muslo derecho

Dosis 0.5 ml 0.25 ml Vacuna contra la influenza atenuada con virus vivos (LAIV)

Fabricante y número de lote _____

Fecha de la declaración informativa sobre la vacuna _____

Firma del personal de enfermería _____

Próxima vacunación: El año próximo En 4 semanas Otro _____

Vacuna contra el neumococo

Fecha de aplicación _____

Lugar de aplicación Brazo izquierdo Brazo derecho
 Muslo izquierdo Muslo derecho

Fabricante y número de lote _____

Fecha de la declaración informativa sobre la vacuna _____

Firma del personal de enfermería _____

Próxima vacunación: No es necesario aplicar ninguna más
 Otro _____