

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO FORSYTH  
CLÍNICA DE VACUNA CONTRA LA GRIPA**



**2020 REGISTRACIÓN PARA NIÑOS**

(DE 6 MESES A 18 AÑOS DE EDAD)

NOMBRE DEL MÉDICO

<b>PRIMER / SEGUNDO APELLIDO</b>	<b>PRIMER NOMBRE</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE</b>

<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>AÑOS</b>	<b>SEXO</b> M / F	<b>NÚMERO DE TELEFONO</b>	<b>RAZA</b>

<b>DOMICILIO</b>	<b># DE APARTAMENTO</b>	<b>NOMBRE DEL PADRE / APODERADO</b>

<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>CONDADO</b>

**NOMBRE Y APELLIDOS DE SOLTERA DE LA MADRE**

**POR FAVOR MARQUE UNO:** (Esta información solo es para el propósito de financiamiento federal. Esto no prevendrá que su niño/a reciba la vacuna con esta programa. GRACIAS por tomar el tiempo de proporcionar esta información.)

Mi niño/a:  es elegible para Medicaid (S)  no tiene seguro medico (S)  
 es Nativo Americano o Nativo Alaska (S)  
 tiene seguro por North Carolina Health Choice (P)  tiene seguro medico (P)

**POR FAVOR MARCAR LA RESPUESTA CORRECTA**

- ¿El niño/a hoy día tiene algún sintoma de fiebre o esta enfermo? No\_\_ Si\_\_ (¿Cuando?\_\_\_\_\_)
- ¿El niño/a ha tenido una reacción alérgica seria A UNA DOSIS ANTERIOR de la vacuna del gripa; es alérgico/a a los huevos, gelatina, o thimerosal? No\_\_ Si\_\_ (¿Cuando?\_\_\_\_\_)
- ¿El niño/a ha recibido la vacuna de la influenza/gripa antes? No\_\_ Si\_\_ (¿Cuando?\_\_\_\_\_)
- ¿El niño/a tiene algún historial medica del Síndrome de Guillain-Barré' (enfermedad paralítica severa)? No\_\_ Si\_\_
- ¿Es su niño/a alérgico al látex? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

He leído y me han explicado la información acerca de las vacunas mencionadas en la lista de arriba. He podido hacer preguntas y han sido respondidas a mi satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y los riesgos de la lista mencionada anteriormente de la vacuna o inyección. Yo solicité que se me administre la vacuna o a la persona mencionada por la cual yo estoy autorizada para hacer esta petición.

Por la presente, certifico que puedo solicitar bajo petición una copia de las "Notificación de las Normas de Privacidad" del Departamento de Salud Pública del Condado de Forsyth. Yo, entiendo que en el caso que tenga preguntas sobre el contenido de esta Notificación; yo puedo comunicarme con la identidad mencionada.

\_\_\_\_\_ **FIRMA DEL PADRE / APODERADO** \_\_\_\_\_ **FECHA**

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	<b>Lot #</b>	<b>Route</b>	<b>Injection Site</b>
PFS <input type="checkbox"/> S P _____		IM	LD RD LD RD
MDV 0.5 <input type="checkbox"/>			
_____ <b>VACCINE ADMINISTRATOR SIGNATURE/TITLE</b>	_____ <b>DATE</b>		NCIR <input type="checkbox"/>