

Registro de inmunizaciones de North Carolina

Registro de administración de vacunas

Name of Organization: _____ **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. ¿La persona a vacunarse está enferma hoy? Sí No
2. ¿La persona a vacunarse alguna vez ha tenido una reacción seria a la vacuna? Sí No
3. ¿La persona a ser vacunada tiene una alergia a un componente de la vacuna? Sí No
4. ¿La persona a vacunarse alguna vez tuvo síndrome de Guillain-Barré? Sí No
5. ¿ Estás embarazada actualmente? 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.

FIRMA – Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente X	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.
Influenza					IM	RV LV RD LD	
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
--	---------------------------