



Fecha de Iniciación

Fecha de Terminación

REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DE IMMUNIZACION
(Por favor complete toda la información)

Form fields for personal information: Apellidos, Nombre, Inicial de 2nd Nombre, Fecha de Nacimiento, Edad, Direccion, Ciudad, Código Postal, Género (Masculino/Femenino), Teléfono de Casa, Teléfono Celular.

- Ethnicity options: Indio Americano o de Alaska, Asiático, Afro Americano, Chino, Filipino, Guameño, Hawaiano, Japones, Coreano, Islas Pacificas, Otro no Blanco, Otro no Asiático, Desconocido, Samoano, Vietnamita, Blanco.

Últimos 4 Números de Seguro Social (Opcional)

- 1. ¿Usted se siente enfermo hoy? Si No
2. ¿Usted sufre de alergias? Si No
Si si, por favor nombre el tipo de alergia:
3. ¿Alguna vez a tenido una reacción alérgica a las vacunas? Si No
4. ¿Usted ha tenido el síndrome de Guillain-Barré? Si No

Servicio Requerido: Influenza Dosis alta Otra
Pido servicios de inmunización y vacuna del Departamento de Salud de Florida en el condado de Hillsborough como indica arriba. He recibido y entiendo la información obtenida en el folleto de vacunación.

Medicaid (aseguración medica): N/A

Fecha de Hoy:

Nombre de representante legal:

Relación con el Cliente:

Para Uso Oficial

Table with columns for FLU (IM) VIS - 08/15/19, L DELT LOT #, R DELT, FLU HI DOSE (IM) VIS - 08/15/19, L DELT LOT #, R DELT. Includes rows for OTHER (IM) VIS - 08/15/19.

NURSE ADMINISTRATOR / VACCINATOR

- Signature options: A. James, A. Santiago, G.Taylor, D.Jackson, L. Chisholm, M. Ortega-Aleman, M. Lavin-Rives, G. Brown, J. Gallo, Other