

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE FORSYTH  
CLÍNICA DE VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA/GRIPE  
2021 FORMULARIO PARA LA REGISTRACIÓN DEL PACIENTE**

**(PARA ADULTOS DE 19 AÑOS DE EDAD O MAYORES)**

**¡POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA / FAVOR DE PROVEER EL NOMBRE COMPLETO**

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

<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b> M / F	<b>HISPANO?</b> Y N	<b>RAZA</b>	<b>NUMERO DE TELFONO</b>
----------------------------	----------------------	------------------------	-------------	--------------------------

<b>DOMICILIO</b>	<b># DE APARTAMENTO</b>
------------------	-------------------------

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

<b>PRIMER NOMBRE DE LA MAMA Y APELLIDO DE SOLTERA</b>
---

<b>POR FAVOR, MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Hoy día tiene algún sintoma de fiebre o esta enfermo? No___ Si___ (Describa-_____)</li> <li>2. ¿Ha recibido la vacuna contra la gripe antes? No___ Si___ (¿Cuándo?_____)</li> <li>3. ¿Ha tenido usted reacción alérgica serla a huevos, gelatina, timerosal o una vacuna anterior contra gripe? No___ Si___ (Describa-_____)</li> <li>4. ¿Tiene algún historial medico del síndrome Guillain-Barré' (enfermedad de parálisis severo)? No___ Si___</li> <li>5. ¿Ha tenido alergia severa al látex antes? No _____ Si _____</li> <li>6. ¿Estás embarazada? No _____ Si _____</li> <li>7. ¿Tienes seguro medico? No _____ Si _____    <input type="checkbox"/> Medicaid    <input type="checkbox"/> Medicare    <input type="checkbox"/> Seguro Privado</li> </ol>

<b>CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE</b>		
<p>He leído o se me ha explicado la información sobre la vacunación o inyección. He tenido el tiempo suficiente para hacer preguntas y han sido respondidas a mi satisfacción. Yo creo, entiendo los beneficios y riesgos de la lista mencionada arriba sobre la vacunación o inyección. Solicité que se me administre la vacuna o a la persona mencionada por la cual yo estoy autorizada para hacer esta petición.</p> <p>Por la presente, certifico que puedo solicitar bajo petición una copia de las "Notificación de las Normas de Privacidad" del Departamento de Salud Publica del Condado Forsyth. Entiendo que en caso de preguntas sobre el contenido de esta Notificación; yo puedo comunicarme con la persona mencionada indicada.</p>		
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:60%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">FIRMA DEL PACIENTE</td> <td style="width:40%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">FECHA</td> </tr> </table>	FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	

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