



Registro de Administración de la Vacuna contra la Influenza

(En letra de imprenta)

Form with fields: Apellido del paciente, Nombre, Segundo nombre, Sexo, Calle y número, Teléfono, Ciudad, Estado, Código postal, Fecha de nacimiento, Edad, Origen étnico hispano, Haitiano, Raza, Seguro, Medicaid/Medicare número, MCO, Reconocimiento médico, and clinical notes.

Mi firma (a continuación) significa que se me ha dado una copia de la Declaración de Información de la Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) correspondiente y he leído, o he hecho que se me explique información acerca de la enfermedad y la vacuna.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del firmante \_\_\_\_\_ Paciente [ ] Madre/Padre [ ] Tutor [ ]

Use letra de imprenta legible.

No escribir debajo de esta línea. Solo para uso de los clínicos.

NHS \_\_\_ SHS \_\_\_ Clinic Location: \_\_\_\_\_

Table with 4 columns: Preparation/Route, Dose, Site, Vaccination Date. Includes rows for Flucelvax and Fluarix, and a section for VIS Date, Date VIS Given, Manufacturer, and Lot #.

Clinician's Signature: \_\_\_\_\_ License Title \_\_\_\_\_

- Checkboxes for VFC status, insurance type, and program enrollment (Delaware Healthy Children's Program).