



Vaccination Form



Por favor escriba con letra impresa mayúscula prolija, como aparece en el ejemplo. Por favor pinte los círculos por completo como en el ejemplo.

EXAMPLE 1 2 3

Correcto: ● Incorrecto: ☒ ✓

Información personal: Provea la información de la manera más completa posible. Toda la información será confidencial.

Nombre										Apellido										MI	
Número de la calle										Nombre de la calle										Número del apartamento	
Ciudad										Código postal				Condado		Estado					
														<input type="radio"/> LA <input type="radio"/> CA <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Otro							
Número de teléfono						Fecha de nacimiento						Edad (años)		Si es menor de 1 año							
														la edad en meses							

Sexo: M F

Raza/Origen étnico: Asiático Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico Hispano/Latino Otro
 Negro, Afroamericano Indio americano / Nativo de Alaska Blanco

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?
 Enfermedad al corazón, pulmones, asma, riñones, hígado o neurológica; cáncer, diabetes; trastorno de la sangre; trastorno del sistema inmunológico Sí NO

¿Cuidas o vives en un hogar con un niño menor de 6 meses de edad? Sí NO

¿Está embarazada o piensa que puede quedar embarazada? Sí NO

Si es menor, nombre del padre o tutor legal	Doy mi consentimiento para el tratamiento con medicamentos/vacunas provisto.
	Firma

PARE-NO ESCRIBA A PARTIR DE ESTA LINEA

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/>
Vaccine To Be Administered	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/>

	Live	Inactivated	Dosage	Site	Manufacturer	Admin. by
Seasonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL	<input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	<input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI Lot Number <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Pan H1N1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL	<input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	<input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI Lot Number <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Date Administered	VFC PIN	Street Number of Site