



Registro de Inmunización Contra la Gripe/Formulario de Liberación
(Por favor llene la Información Completamente)

Información de Registro

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección			Ciudad/Estado	Código postal
Teléfono de Casa		Celular		

Gènero: **Mujer**
 Hombre

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Pacifico Isleño |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

- Por favor circule que vacuna contra la gripe le gustaria: Rocio (intranasal) o vacuna contra gripe
- ¿Esta la persona que se va a vacunar enferma hoy? Si No
- ¿La persona que sera vancunada ha tenido una reacción grave a la vacuna antigripal en el pasado? Si No

Informacion de Seguro: Por favor marque uno! El nombre de la póliza o el numero no es necesario!	<input type="checkbox"/> Sin Seguro	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Seguro de tercer grupo
Servicios Solicitado: <input checked="" type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe	Yo he solicitado servicios de vacunación de el Departamento de salud de la Florida, condado de Putnam como indicado arriba. He recibido y entiendo la información proporcionada en la pagina de declaración sobre vacunas.		

Firma si tiene mas de 18: _____ Fecha: _____

Si tiene menos de 18

Nombre del Representante legal: _____

Relación con el Cliente: _____

Firma del representante legal: _____

OFFICE USE ONLY

Route/Site	Mfg./Lot #	Vaccine Name
IM <input type="checkbox"/> Deltoid <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Flu Mist <input type="checkbox"/> Flu Zone
Date Administered: _____		Vaccinator Signature: _____
		Print Vaccinator Name: _____

Para obtener información, pongase en contacto con El Dept. de Salud, Condado de Putnam
2801 Kennedy Street, Palatka, Florida 32117
Telefono (386) 326-3200 – Fax (386) 326-3350