

CDP Label #6



H1N1 Vaccine Administration Record

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE:

Nombre: _____ Seguro Social: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: M F
Mes Día Año

Dirección _____ Teléfono: (____) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Es usted alérgico a los huevos? **Si No (Por Favor Marque)**

Consentimiento para los Servicios:

Se me ha proporcionado información acerca de la vacuna/s que estoy recibiendo hoy en día. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna/s.

X: _____
 Firma del Cliente (o Padre / Guardián / Representante Paternal) Fecha:

He sido informado de que una copia del Aviso de Practicas de Privacidad- Para Información Protegida de la Salud ("Aviso") del Departamento de Salud Bear River ("Departamento de Salud") esta disponible en www.BRHD.org , cual tengo o revisaré cuidadosamente, y reconozco mi derecho para una descripción mas completa y la comprensión de los usos potenciales, la divulgación y/ o las solicitudes de tal Información Protegida de la Salud por el Departamento de Salud.

Reconozco que el Departamento de Salud Bear River reserva el derecho a modificar los términos de su Aviso a cualquier momento, y si el Departamento de Salud no modifica los términos de su Aviso, reconozco el derecho de obtener una copia del Aviso revisado al actual en cualquier oficina del Departamento de Salud.

X: _____
 Firma del Cliente (o Padre / Guardián / Representante Paternal) Fecha:

Para uso de oficina solamente

236 H1N1 (1/2 dose)						Lot #	Site:	
236 H1N1 (full dose)						Lot #	Site:	
234 H1N1 (preservative free)						Lot #	Site:	
233 H1N1 (flu mist)						Lot #	Site: Nasal	
6-23 mo	24-59 mo	5-18 yrs	19-24 yrs	25-49 yrs	50-64 yrs	Nurses Initials:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							290	291