Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles
Instrucciones para llenar el Formulario de Vacunación Contra H1N1

<u>Elegibilidad para recibir la vacuna H1N1:</u> Usted debe recibir la vacuna H1N1 si…

- Esta embarazada
- Vive con o cuida niños menores de 6 meses de edad
- Trabaja en la industria de cuidado medico o servicios médicos de emergencia
- Está entre las edades de 6 meses y 24 años
- Tiene problemas de salud crónicos o tiene un sistema inmunológico débil y está entre las edades de 25 y 64 años

Si usted cumple estos requisitos, se le proveerá la vacuna H1N1 primero porque usted tiene mayor riesgo de infección o complicaciones de la influenza H1N1. Si usted no cumple los requisitos mencionados arriba, la vacuna H1N1 podría serle disponible mas tarde en el otoño.

Si usted es elegible para recibir una vacuna H1N1, usted puede llenar el Formulario de Vacunación H1N1 antes de llegar al sitio de vacunación.

Opción 1: Llenar el Formulario Electrónicamente:

- Descargue y llene el formulario electrónicamente usando el programa Adobe Acrobat Reader (puede adquirirlo sin gasto http://get.adobe.com/reader/)
- Llene la sección llamada "Información Personal" solamente
- Llene el formulario en Ingles solamente
- Imprima la forma en papel blanco de tamaño estándar (8 ½ x 11)
- Traiga la forma con usted a la clínica designada
  Para una lista visite http://publichealth.lacounty.gov/

Opción 2: Llene el Formulario a Mano:

- Descargue e imprima en papel blanco de tamaño estándar (8 ½ x 11)
- Llene la sección llamada "Información Personal" solamente
- Llene el formulario en Ingles solamente usando una caja por letra para todas las secciones
- Traiga la forma con usted a la clínica designada
  Para una lista visite http://publichealth.lacounty.gov/

46635

Vaccination Form

County of Los Angeles Public Health

Por favor escriba con letra imprenta mayúscula prolija, como aparece en el ejemplo.

E X A M P L E 1 2 3

Por favor pinte los círculos por completo como en el ejemplo.

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** ○ LA ○ Otro **Estado** ○ CA ○ Otro

Número de teléfono - -

Fecha de nacimiento M M / D D / Y Y Y Y

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?	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	
Vaccine To Be Administered	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	

		Dosage	Site		
Seasonal VIS 08/11/09	Live ○ Inactivated ○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	Manufacturer: ○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI; Lot Number	Admin. by
Pan H1N1 VIS 10/02/09	Live ○ Inactivated ○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	Manufacturer: ○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI; Lot Number	Admin. by

Date Administered M M / D D / Y Y Y Y

VFC PIN

Street Number of Site

46635 Formtran