

VACUNAS

INFLUENZA 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

COVID-19 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

NEUMOCOCO (PCV23)

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

HEPATITIS A 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

HEPATITIS B 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

3^{RA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

Td/Tdap

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

Consentimiento

X Al firmar certifico que he sido orientado(a) sobre la Ley HIPAA, he recibido copia de la hoja de Información de la vacuna (VIS), he leído la información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy satisfecho(a) con las respuestas a mis preguntas, he entendido los beneficios y riesgos de la vacuna. Autorizo la administración de la vacuna.

Acepto

Rehúso a vacunarme

 Firma del paciente o Encargado

 Fecha

 Nombre en letra de Molde de MD / RN – Administra Vacuna

 Firma de MD / RN – Administra Vacuna

 Fecha

 Número de Licencia Profesional

Rev.12/2020

Nombre (Persona entrada de datos): _____

Fecha: _____