



507 N. Nanum Street, Suite 102  
Ellensburg, WA 98926  
T: 509.962.7515 F: 509.962.7581  
www.co.kittitas.wa.us/health/

**Staff only**

6m-18

Year 21: \_\_\_\_\_

**Staff only**

Check-in Hour: \_\_\_\_\_

Entered in WAIS: ☐ \_\_\_\_\_  
Initial**(Formulario de admisión para la vacuna contra la influenza [más de 6 meses])**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                 |                            |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Nombre: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro _____ | Edad: _____                |                          |
| Raza: (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                            |                          |
| Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Teléfono: _____                                                                                 | Fecha de nacimiento: _____ |                          |
| <b>Información del seguro de su hijo</b><br>¿Su hijo tiene seguro de médico?" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si responde si, seleccione las opciones a continuación)<br><input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Seguro de salud limitado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Hijo de nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro privado<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                 |                            |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>SÍ</b>                                                                                       | <b>NO</b>                  | <b>NO ESTOY SEGURO</b>   |
| 1. ¿La persona que recibirá la vacuna está enferma hoy?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene alergia severa a los huevos o a algún componente de la vacuna?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿La persona que recibirá la vacuna alguna vez tuvo una reacción severa, incluido el Síndrome de Guillain-Barré, después de recibir una vacuna contra la gripe en el pasado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 4. En el caso de los niños, ¿han transcurrido <b>menos de cuatro semanas</b> desde la última vacuna contra la gripe de su hijo?"<br><input type="checkbox"/> Marque esta casilla si esta es la primera vacuna contra la gripe de su hijo en su vida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <p>➔ He leído o me han explicado la información contenida en la Vaccine Information Statement (VIS, Declaración de Información sobre la Vacuna) acerca de la vacuna contra la influenza. Tuve la oportunidad de formular preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona indicada para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.</p> <p>➔ Recibí el Notice of Privacy Practices (Aviso de Prácticas de Privacidad) y doy mi consentimiento para la divulgación de esta información de salud protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.</p> <p>Soy <input type="checkbox"/> el paciente <input type="checkbox"/> el padre o tutor legal del niño (nombre en letra imprenta) _____</p> <p>Firma _____ Fecha: _____</p> |                                                                                                 |                            |                          |

| Staff Only                         | Manufac. | Lot # Expiration         | Dose  | Site                 | Route                                  | Required Name/Signatures                                     |
|------------------------------------|----------|--------------------------|-------|----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adult Flu | SEQRUS   | ADU-409411<br>06/30/2026 | 0.5mL | LA<br>RA<br>LL<br>RL | <input checked="" type="checkbox"/> IM | _____<br>Signature of Administrator (Signature & Print Name) |
| <input type="checkbox"/> Child Flu | SEQRUS   | 406989<br>05/06/2026     | 0.5mL |                      |                                        | _____<br>Co-Signer (Signature & Print Name)                  |

|    |            |               |                            |                                               |                                  |
|----|------------|---------------|----------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| FD | Version: 5 | Supersedes: 3 | Date Adopted:<br>10/7/2024 | Modified/Created By: Kate Johnson<br>10/16/25 | Approval By: Chelsey<br>Loeffers |
|----|------------|---------------|----------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|