

Las vacunas contra la influenza vienen a la escuela de sus hijos.

- El Departamento de Salud va a estar dando las vacunas contra la influenza en la escuela de su hijo(a) sin ningún costo a usted.
- Si usted quiere que su hijo(a) reciba la vacuna contra la influenza en la escuela...
 1. Complete la porción de frente del formulario azul.
 2. Revuelva el formulario azul a la escuela de su hijo(a).
- Se le informara cuando las vacunas se van a estar dando en la escuela de su hijo(a).
- La vacuna contra la influenza no se dará sin el consentimiento.
- Si usted tiene alguna pregunta, llame al departamento de salud.



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE TENNESSEE

AVISO DE PRÁCTICAS PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU PERSONA Y QUÉ PUEDE HACER PARA OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR RESISE ESTE DOCUMENTO CON CUIDADO

NUESTRO DEBER DE SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Conforme a la ley federal titulada Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act; HIPAA*), la fuerza laboral del Departamento de Salud está obligada a salvaguardar su Información de Salud Protegida (*Protected Health Information; PHI*). La PHI es la información de identificación individual acerca de su salud o afección médica pasada, presente o futura, la prestación de servicios de atención médica a usted, o el pago de la atención médica. Estamos obligados a darle un aviso respecto a nuestras prácticas de privacidad en lo relacionado con la información que obtenemos y almacenamos acerca de su persona.

NUESTRA PROMESA RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Entendemos que la información de salud sobre su persona es personal y nos comprometemos a proteger esta información. Este Aviso de Privacidad es aplicable a toda su información médica, incluidos (1) los registros médicos relacionados con su atención médica en clínicas del departamento de salud (2) los registros médicos que el Departamento de Salud reciba de alguna otra fuente y (3) la información genética.

Por ley estamos obligados a: (1) mantener la confidencialidad de su PHI; (2) entregarle este Aviso de Privacidad; y (3) regirnos por los términos del Aviso de Privacidad vigente.

COMO PODRÍAMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y GESTIONES

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podríamos usar y divulgar su PHI:

- **Para tratamiento.** Podríamos usar o divulgar su PHI a doctores, enfermeros, nutricionistas, técnicos, o demás personal del departamento de salud que participan en su atención médica. Podríamos divulgar su PHI a personas que no pertenecen al departamento de salud que pudieran participar en su atención médica tales como recetas médicas, pruebas de laboratorio o radiografías.
- **Para pago.** Podríamos usar o divulgar su PHI para obtener pagos o para pagar por los servicios de salud que usted reciba. Por ejemplo, podría ser necesario informarle a su seguro médico acerca de algún tratamiento que usted necesite para obtener autorización previa o para determinar si su seguro pagará por el tratamiento.
- **Para gestiones del cuidado de salud.** Podríamos usar o divulgar su PHI para las gestiones del Departamento de Salud lo cual es necesario para administrar los programas y las actividades del Departamento. Por ejemplo, podríamos usar su PHI para analizar nuestros servicios, programas, y/o la calidad de la atención que le prestamos.
- **Para recordatorios de citas.** Podríamos usar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios.

COMO PODRÍAMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN

La ley establece que podemos usar o divulgar su PHI en nuestros registros (incluso después de su muerte) sin su autorización en las siguientes circunstancias:

- **Según lo exija la ley.** Divulgaremos información médica sobre su persona cuando la ley así lo exija, para investigar denuncias de maltrato o negligencia, y para denunciar un incidente a la agencia del orden público correspondiente.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podríamos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para las actividades permitidas por ley. Entre esas actividades de supervisión de la salud están: auditorías, investigaciones, inspecciones, y emisión de licencias. Estas actividades son necesarias para el gobierno estatal y federal supervisar el sistema de entrega de servicios de salud de Tennessee.
- **Riesgos de salud pública.** Podríamos divulgar PHI sobre su persona para actividades de salud pública. Entre estas actividades están: informar los nacimientos y las muertes, y el seguimiento, control y la prevención de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades.

- **Investigaciones.** En ciertas circunstancias y bajo supervisión de una junta de revisión institucional, podríamos divulgar PHI para asistir con investigaciones médicas.
- **Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podríamos usar o divulgar su PHI de ser necesario para prevenir una amenaza grave a su persona o a la salud y la seguridad del público o de alguna otra persona. No obstante, la divulgación sería únicamente a la persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Para funciones específicas del gobierno.** Podríamos divulgar PHI a las agencias del orden público, a programas de prestaciones del gobierno respecto a la elegibilidad y participación, y para intereses de seguridad nacional.

SUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE SU PERSONA

Usted tiene los siguientes derechos respecto a la información médica que mantenemos sobre su persona:

- **Derecho a inspeccionar y hacer copias.** En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver y a obtener copias de sus registros impresos y electrónicos. Usted tiene que presentar una solicitud por escrito. Es posible que se le cobre una cuota por el costo de hacer copias de sus registros.
- **Derecho a hacer modificaciones.** Si piensa que hay algún error o falta información en nuestros registros de su PHI, usted puede solicitar que corriamos o hagamos añadiduras a sus registros. Su solicitud tiene que ser por escrito y tiene que darnos una razón que respalde su solicitud. Podríamos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Toda denegación explicará las razones por las que se deniega y explicará su derecho a que se adjunte a su PHI su solicitud y la denegación, así como cualquier otra declaración que usted presente en respuesta a dicha denegación.
- **Derecho a saber qué tipo de información médica hemos divulgado.** Tiene derecho a pedir una lista de las divulgaciones de su PHI que se hayan hecho a partir del 14 de abril de 2003 para fines que no sean lo enumerados en el Aviso de Privacidad. Tiene que solicitar esta lista por escrito e indicar el período de tiempo que la lista debe abarcar y que no debe ser mayor de seis (6) años. La primera lista que solicite en un periodo de doce (12) meses es gratis.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar que limitemos la manera en que se use o divulgue su PHI. Tiene que hacer la solicitud por escrito e indicar qué tipo de información desea que limitemos y a quién serían aplicables dichos límites. Tiene derecho a restringir la divulgación a un plan de salud por servicios por los que usted haya pagado en su totalidad de su propio bolsillo.
- **Derecho a la confidencialidad de la comunicación.** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar en específico. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la información a la dirección de su centro de trabajo en lugar de su dirección domiciliaria. Tiene que presentar la solicitud por escrito. No tendrá que explicar la razón por la que hace esta solicitud. Cumpliremos con toda solicitud razonable.
- **Derecho a autorizar la divulgación de información.** Se pueden hacer otras divulgaciones de su PHI únicamente si usted las solicita y puede modificar su autorización en cualquier momento.
- **Derecho a que se le notifique de toda información.** En caso de que haya una filtración de PHI que no estuviera segura.
- **Derecho a una copia impresa de este Aviso.** Tiene derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso aunque haya acordado recibir este aviso digitalmente. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web que aparece a continuación. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Estado que aparece a continuación. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras normas de privacidad y este aviso en cualquier momento. Publicaremos una copia del aviso vigente en todas nuestras oficinas y en el sitio web del Departamento.


CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PRESENTAR UNA QUEJA RESPECTO A NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si tiene alguna pregunta respecto a este aviso, por favor comuníquese con el FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD DE HIPAA (HIPAA Privacy Officer) que aparece a continuación. Si piensa que hemos violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja por escrito a cualquiera de las agencias que aparecen a continuación. Usted no se vería afectado por presentar una queja.

HIPAA Privacy Officer
 TN Department of Health
 Compliance Office
 5th Floor, Andrew Johnson Tower
 710 James Robertson Parkway
 Nashville, TN 37243
 (615) 253-5637
 877-280-0054 Fax: (615) 253-3926
 Correo electrónico: privacy.health@tn.gov

Secretary
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.U.
 U.S. Department of Health & Human Services
 200 Independence Ave. SW
 HHH Building, Room 509H
 Washington, DC 20201
 TTY 886-788-4989
 877-696-6775



 Department of Health. Authorization No. 343517,
 50,000 copies. This public document was promulgated
 at a cost of \$0.04 per copy. January 2016 DH-0114

ED #100080567

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad



moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.



**Departamento de Salud de Tennessee Proyecto de vacunación antigripal ubicado en la escuela
Formulario de consentimiento del estudiante y de documentación respecto a la influenza**

Si desea que se le administre la vacuna antigripal a su hijo(a), COMPLETE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO POR DELANTE Y POR DETRÁS Y FÍRMELO. DE LO CONTRARIO, deténgase aquí y deseche el formulario

Use letra de imprenta

Escuela:		Profesor de la clase:		Grado:	
Apellido del estudiante:			Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		FECHA DE NAC.: / /		Edad actual:	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> India americana <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra:			Origen étnico: Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Apellido de la madre/del padre/tutor:			Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Teléfono de la casa de la madre/del padre/tutor: ()			Teléfono celular: ()		

TIENEN QUE COMPLETARSE Y MARCARSE SÍ O NO TODAS LAS PREGUNTAS PARA QUE EL ESTUDIANTE PUEDA RECIBIR LA VACUNA ANTIGRI PAL

La enfermera que administre la vacuna leerá esta información el día de la vacunación.

1.	¿Su hijo(a) alguna vez ha recibido la vacuna antigripal? De ser así, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	¿Su hijo(a) ha recibido al menos 2 dosis de la vacuna contra la influenza (gripe) estacional anterior al pasado 1ro de julio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna antigripal en el pasado? De ser así, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.	¿Su hijo(a) es alérgico(a) a algún alimento o medicamento? De ser así, indique las alergias:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.	¿Su hijo(a) es alérgico(a) a alguno de los ingredientes de la vacuna antigripal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	¿Su hijo(a) alguna vez ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré? Debilidad muscular, pérdida de reflejos y entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.	¿Su hijo(a) ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Nombre de la(s) vacuna(s): Dónde: Fecha en que se administró:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8.	En los últimos 12 meses, ¿algún proveedor de atención médica le ha dicho que su hijo(a) tenía sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9.	¿Su hijo(a) padece de algún problema de salud crónico como cardiopatías, enfermedades pulmonares (asma incluida), enfermedades renales, neurológicas, hepáticas, metabólicas (diabetes por ejemplo), o anemia o alguna otra afección de la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10.	¿Su hijo(a) tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11.	En los últimos 3 meses, ¿su hijo(a) ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunológico, como la cortisona, la prednisona o medicamentos contra el cáncer; o ha recibido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12.	¿Su hijo(a) vive con o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente afectado y por ello tiene que vivir en un entorno bajo protección, como por ejemplo una sala de aislamiento para trasplantes de médula ósea?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13.	¿Su hijo(a) recibe terapia a base de aspirina o medicamentos que contengan aspirina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14.	¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento recetado para prevenir o tratar la gripe? De ser así, indique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15.	¿Su hija está embarazada o espera quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Notas adicionales:

Solicitud de administración de la vacuna antigripal para el receptor mencionado anteriormente: Recibí la Hoja de información sobre la vacuna antes de que se vacunara a mi hijo(a) y el día de la vacunación, en esta se explica la información acerca de la vacuna y las precauciones especiales. He tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y de mi propia voluntad doy mi consentimiento para que se administre la vacuna a la persona antes mencionada de la cual yo soy el padre, la madre o tutor legal y reconozco que no se me han dado garantías respecto al éxito de la vacuna. Por el presente exoneró al Departamento de Salud de Tennessee, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda y cualquier responsabilidad derivada de cualquier accidente, acto de omisión o comisión, que surgiera durante la vacunación.

Entiendo que se entregará este documento al Departamento de Salud de Tennessee y el mismo retendrá dicho documento. Doy mi autorización para que la escuela de mi hijo(a) retenga una copia de ser necesario. Acuso recibo del Aviso de las Normas de Privacidad del Departamento de Salud.

Este Formulario de consentimiento es válido durante un periodo de doce (12) meses para la administración de las vacunas antigripales. Puede ser usado para administrar una segunda dosis de la vacuna antigripal, de ser necesario. Entiendo que debo informar al departamento de salud de cualquier cambio de la información anterior antes de la vacunación.

Firma de la madre/del padre/tutor: _____ Fecha: _____

COMPLETE EL DORSO DEL FORMULARIO



Padres: Contesten las siguientes preguntas para todos los estudiantes menores de 19 años para determinar si su hijo(a) pudiera tener derecho al programa de Vacunas Infantiles (VFC, por sus siglas en inglés).

¿Su hijo(a) tiene TennCare, CoverKids o algún tipo de seguro médico privado? Sí No

De ser así, complete la siguiente información respecto al seguro:

NSS del/de la paciente: _____

TennCare ID# _____ BlueCare/TennCare Select United Healthcare Amerigroup

Nombre del seguro Plan _____ ¿El seguro cubre las vacunas? Sí No

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ ID del miembro: _____

Dirección donde enviar las reclamaciones (al dorso de la tarjeta) _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY (ÁREA PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE)

Nursing Immunization Documentation

VFC Eligible:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> The Child's identity has been confirmed by TDH staff (_____ staff initials) with a minimum of two of the following:			
	<input type="checkbox"/> Child states name	<input type="checkbox"/> Child states DOB	<input type="checkbox"/> Child states parent name on form <input type="checkbox"/> Child states address on form
<input type="checkbox"/> Child unable to provide 2 identifiers to TDH Staff. The child's identity has been confirmed by responsible school personnel below:			
	Name:	Signature:	
	Title:		

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY (ÁREA PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE)

#1	Manufacturer:	<input type="checkbox"/> Sanofi	<input type="checkbox"/> GSK	<input type="checkbox"/> Seqirus
		<input type="checkbox"/> AstraZeneca	<input type="checkbox"/> Other:	
VIS Date: / /	Site Administered:	<input type="checkbox"/> Right Deltoid 0.5mL IM	<input type="checkbox"/> Left Deltoid 0.5mL IM	<input type="checkbox"/> Intranasal 0.2mL
Lot number:	Signature: _____ <i>Signature above indicates immunization given according to PHN protocol</i>			
Date Given: / /	Provider number:			
#2	Manufacturer:	<input type="checkbox"/> Sanofi	<input type="checkbox"/> GSK	<input type="checkbox"/> Seqirus
		<input type="checkbox"/> AstraZeneca	<input type="checkbox"/> Other:	
VIS Date: / /	Site Administered:	<input type="checkbox"/> Right Deltoid 0.5mL IM	<input type="checkbox"/> Left Deltoid 0.5mL IM	<input type="checkbox"/> Intranasal 0.2mL
Lot number:	Signature: _____ <i>Signature above indicates immunization given according to PHN protocol</i>			
Date Given: / /	Provider number:			

