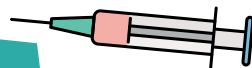


# ● 2021 AUTOSERVICIO DE VACUNACIÓN PARA LA GRIPE ●

VACUNAS  
GRATIS



*Vacunas disponibles para mayores de 2 años, hasta agotar existencias*

## Miercoles, 6 de octubre

9:00 am - 12:00 pm, 1:00 pm - 4:00 pm

📍 Iglesia de Sierra Bible

15171 Tuolumne Rd, Sonora, CA 95370

## Miercoles, 6 de octubre

1:00 pm - 4:00 pm

📍 Biblioteca de Groveland /Centro Juvenil

18990 Main St., Groveland, CA 95321

Se ofrecerán vacunas gratuitas contra la gripe los martes de 8:30-11:30 a.m. Solo con cita previa. Llame al 209-533-7401 para programar una cita.

📍 Departamento de Salud Pública  
20111 Cedar Rd N Sonora, CA 95370.



## ANTES DE LLEGAR:

- CITAS EN LINEA EMPIESAN EL 29TH DE SEPT. MYTURN.CA.GOV
- SE REQUERIRÁN MÁSCARAS
- TRAIGA ROPA CÓMODA Y RELAJADA CON MANGAS CORTAS
- SIENTENSE AL LADO DE LA VENTANA PARA RECIBIR LA VACUNA
- PARIENTE O GUARDIA LEGAL REQUIRIDO PARA MENORES DE EDAD
- LLEGAR SIN CITA PREVIA PUEDE RESULTAR EN TIEMPOS DE ESPERA MÁS LARGOS. COMPLETE LA INFORMACIÓN DE REGISTRO AL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO ANTES DE LLEGAR
- QUÉDESE EN CASA SI TIENE SÍNTOMAS

Para más información puede llamar: (209) 533-7401  
[www.tuolumnecounty.ca.gov/publichealth](http://www.tuolumnecounty.ca.gov/publichealth)





Solo Para Oficisna	Date: _____ Vaccine Lot #: _____
	<input type="checkbox"/> Screening Reviewed
	<input type="checkbox"/> Provider Signature
	Injection Site:    Left Arm    Right Arm

**Persona recibiendo la vacuna**

<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>		
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Codigo Postal</b>
<b>Telefono</b>	<b>Email</b>		
<b>Fecha de Nacimiento (mes/día/año)</b>	<b>Edad</b>	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminina	

<b>Padre o Tutor Legal (si corresponde)</b>	
<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>
<b>Relación Con el Cliente</b>	<b>Telefono</b>

**Preguntas acerca de la persona que recibe la vacuna (marque sí o no)**

1. ¿Te sientes mal hoy (día de la clínica)? Si responde que sí, por favor no asista a la clínica de gripe.	SI	NO
2. ¿Se ha vacunado anteriormente contra la gripe?	SI	NO
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave* (anafilaxia) la vacuna contra la influenza?	SI	NO
4. ¿Es alérgico grave a un componente * de la vacuna? (* MSG, arginina, gentamicina, gelatina)	SI	NO
5. ¿Alguna vez le han diagnosticado el síndrome de Guillain-Barré?	SI	NO
6. ¿Está embarazada o posiblemente embarazada?	SI	NO

**Si respondió SI a cualquiera de las preguntas 3 a 6, comuníquese con su proveedor médico para recibir una vacuna contra la gripe.**

**Consentimiento Para Administrar la Vacuna e Ingresar Información en el Registro de Inmunizaciones**

<p>A mi leal saber y entender, entiendo los beneficios y / o riesgos de la vacuna contra la influenza. Por la presente doy mi consentimiento al personal de Salud Pública del Condado de Tuolumne para la administración de la vacuna para mí o para la persona para la que estoy autorizado a realizar dicha solicitud. He recibido una copia actualizada de la Declaración de Información Sobre Vacunas. Entiendo que yo tendré la oportunidad de hacer preguntas y recibir una respuesta satisfactoria. El departamento de salud es autorizado para ingresar mi información de vacunación en la base de datos de vacunación de todo el estado. La información podría compartirse con mi proveedor de atención médica como parte de mi historial médico.</p>	
--	--

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Relación con el cliente:</b>	