

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la influenza

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido legal del paciente:	Nombre legal del paciente	Numero de telefono:	Edad:	Fecha de nacimiento
Dirección:	Ciudad:	Condado:	Estado:	Codigo postal:
Sexo legal: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza: (Seleccione uno o más)			
Origen étnico; Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> AS- Asiática/Isleña del Pacífico/Otra <input type="checkbox"/> BL- Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> CH-Chino <input type="checkbox"/> CA- Caucásico (blanco)/mexicano/puertorriqueño <input type="checkbox"/> FI-Filipino <input type="checkbox"/> HA-Hawaisno <input type="checkbox"/> IN- indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> JA- japonés <input type="checkbox"/> NW-Otro –no-blanco <input type="checkbox"/> UN desconosido			
Compañía de seguro o Medicare:	ID#:	Grupo# (solo para el seguro médico):	Médico primario:	

Cuestionario de Evaluación para la vacuna	
1. ¿Tiene una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene alguna otra alergia grave? Por favor aliste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de recibir la vacuna de la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días? aliste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Esta amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
7. ¿Está embarazada o tiene posibilidades de quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

Lea y confirme cada una de las siguientes declaraciones y luego firme.

- Me han ofrecido una copia de la Hoja de Información de Vacunas más actualizada, ya sea si aceptada o no. He leído o me han explicado la información de la hoja de Información, incluidas las posibles reacciones adversas, los componentes de la vacuna, los posibles riesgos y qué hacer después de la vacunación.
- Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado de hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el Registro de Inmunización de Kansas para mí o en nombre de la persona mencionada arriba.
- Por el presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del menor mencionado. Otorgo autorización y consentimiento para que Salina Family Healthcare Center administre la vacuna contra la influenza al menor mencionado anteriormente y proporcione evaluación médica y tratamiento durante todo el proceso de la vacuna, incluida la administración de medicamentos y llamar a servicios médicos de emergencia para el transporte al departamento de emergencias más cercano

Firma del paciente/ o padre/ tutor: _____ **Date:** _____

Staff use only:

VACCINE	ROUTE	EXT	SITE	Date Administered	MANUFACTURER LOT #	EXP DATE
Influenza	IM	RT LT	Deltoid			

Signature and Title of Vaccine Administrator _____ **Date Given** _____