

Formulario de consentimiento para la vacuna pediátrica contra la influenza

INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido LEGAL del paciente:	Primer nombre LEGAL del paciente	Número de teléfono:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Sexo legal: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Raza: (Seleccione uno o más)			
Are you Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Yes <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 desconocido			
Compañía de seguro o Medicare	ID#:	Grupo# (solo para el seguro médico)	Médico primario:	

Cuestionario para la vacunación

1. ¿Tiene el paciente una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Tiene el paciente alguna otra alergia grave? Por favor a detalle	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Es esta la primera vacuna contra la influenza del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido alguna vez el paciente una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha tenido alguna vez el paciente el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha recibido el paciente alguna otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Lea y marque 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 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 la vacuna se administre a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el Registro de vacunación de Kansas para mí o en nombre de la persona mencionada anteriormente.

Por la presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del menor antes mencionado. Otorgo autorización y consentimiento para que Salina Family Healthcare Center administre la vacuna contra la influenza al menor mencionado anteriormente y brinde evaluación médica y tratamiento durante todo el proceso de vacunación, incluida la administración de medicamentos y llamar a EMS para el transporte al departamento de emergencias más cercano.

Firma del padre/ tutor: _____ **Fecha:** _____

Staff use only:

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

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