

## CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

**Tiene Medicaid      Si      No**

**¿La persona que recibe la vacuna es un paciente de Pediatric Partners?      Si      No**

Letra Imprenta Por Favor: Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Se le ha dado la vacuna contra la influenza al paciente anteriormente:      Sí      No

**Los niños menores de nueve años de edad, que no han recibido la vacuna contra la influenza anteriormente o un caso medico documentado de la influenza, requerirán dos dosis de la vacuna para la cobertura completa.**

*No podemos garantizar que podamos proveer la segunda dosis.*

- | <b>Ha tenido el/la paciente alguna de las siguientes:</b>                                         | <b>Por Favor Circule</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| • Una reacción alérgica seria a una Dosis previa de la vacuna contra la influenza.                | Sí      No               |
| • Algun historial de Síndrome de Guillain-Barre (GBS)                                             | Sí      No               |
| • El/la paciente tiene fiebre actualmente, enfermedad respiratoria o cualquier tipo de infección? | Sí      No               |
| • Una mala reacción a otra vacuna<br>Por favor anote la reacción _____                            | Sí      No               |

He recibido la información sobre la vacuna contra la influenza y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna sea dada a la persona nombrada arriba. Estoy de acuerdo que Pediatric Partners no tendrá responsabilidad o un lazo legal si la persona arriba contrae influenza, neumonía, u otras enfermedades respiratorias o sufre cualquier reacción adversa al seguir la administración de la vacuna.

Firma de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solamente para uso oficial**

**Solamente para uso oficial**

**Solamente para uso oficial**

Date vaccine and VIS given \_\_\_\_\_ Date of VIS \_\_\_\_\_ Contraindications \_\_\_\_\_

**Patients 6 months and older**

Lot# \_\_\_\_\_  
Exp date \_\_\_\_\_  
Site \_\_\_\_\_

☐

VFC

☐

PRIVATE

☐

PAID (parent)

Signature of Administrator \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**\$25 en el momento del servicio para aquellos que no son pacientes**