

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.*

Ha tenido el/la paciente alguna de las siguientes: Por Favor Circule

* Una reacción alérgica seria a los huevos o a una Sí No

Dosis previa de la vacuna contra la influenza.

* Algun historial de Sindrome de Guillain-Barre (GBS) Sí No
* El/la paciente tiene fiebre actualmente, Sí No

enfermedad respiratoria o cualquier tipo de infección?

* Una mala reacción a otra vacuna Sí No

Por favor anote la reacción \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Signature of Administrator \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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