

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico (opcional) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Otro

Etnia: Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico Blanco

Raza: hispano / latino no hispano / latino

Favor de circular

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Tiene 18 años de edad o más? | Si | No |
| 2. ¿Ha recibido la vacuna contra la influenza? | Si | No |
| 3. Si respondió que sí, tuvo alguna reacción alérgica severa? | Si | No |
| Explique la reacción _____ | | |
| 4. ¿Tiene alergia al huevo o producto derivados del huevo? Si respondió que no, continúe a la pregunta número 5. | | |
| Si respondió que sí, ¿ha recibido la vacuna que no contiene huevo? | Si | No |
| ¿Tuvo alguna reacción alérgica a la vacuna que no contiene huevo? | Si | No |
| 5. ¿Ha tenido fiebre, infección respiratoria, nauseas, vomito y/o diarrea en las últimas 24 horas? | Si | No |
| 6. ¿Alguna vez ha sido paralizado por síndrome de Guillain Bere? | Si | No |
| 7. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días? | Si | No |
| 8. ¿Es alérgico o sabe si padece de hipersensibilidad al sulfato de neomicina o a la polimixia B? | Si | No |
| 9. Actualmente, ¿recibe terapia anticoagulante? | Si | No |
| 10. Mujeres solamente: ¿Está usted embarazada? | Si | No |

Obtuve y revise la copia de declaración sobre la vacuna contra la influenza. He tenido tiempo de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza. Doy consentimiento para recibir la vacuna. Puedo sufrir reacciones moderadas incluyendo dolencia al área en donde se administre la vacuna, molestia, y fiebre leve. Si empiezo a tener respiración sibilante o problemas respiratorios, ronchas, o sarpullido severo debo de reportarme de inmediato a una sala de urgencias cercana para recibir tratamiento para una posible reacción alérgica severa y hacer seguimiento con mi médico de cabecera.

Firma de la persona recibiendo la vacuna o persona responsable para autorizar

Fecha

For Office Use Only

Clínica: _____ AMITA Health Location: HFMC MMC RMC SJHE SMEMC SMK

Vaccine Manufacturer Name
Lot# / Expiration Date

Injection Site:
 Right Deltoid Left Deltoid

Vaccine Information Statement (VIS) received
 Inactivated Influenza Vaccine 8.06.2021 version _____
Initials

Firma y título del profesional de la salud administrado la vacuna

Fecha

FORMULARIO DE FACTURACIÓN PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico (opcional) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Etnia: Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico Blanco

Raza: hispano / latino no hispano / latino

Para uso de oficina solamente

Para paciente con auto pago

Cantidad Total \$ _____ Efectivo # De cheque _____

Cliente pagara por la(s) siguiente(s) persona(s): _____

Para paciente que no puede pagar

Cliente no puede pagar.

No puedo pagar el costo de una vacuna contra la influenza en este momento y solicito que me la administren sin costo alguno.

Firma del cliente

Firma y título del profesional de la salud

Para paciente con Medicare solamente

Medicare Parte B número exacto como aparece en la tarjeta de Medicare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mi firma de bajo indica mi aprobación para que AMITA Health mande el cobro a Medicare por los costos de hoy para la vacuna contra la influenza y la administración de la vacuna. Yo entiendo que Medicare parte B cubre una vacuna contra la influenza al año.

Firma de persona recibiendo la vacuna o persona responsable para autorizar

Fecha