



Consentimiento para la vacuna contra la influenza de Ascension Illinois

Recipiente de información (Por favor imprime claramente)

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Número telefónico: _____ Sexo: Masculino Femenino Otro Idioma que se habla en casa: _____

Ethnia: hispan/latino (Mexicano Puertoriqueno Cubano Otro _____) no hispano/latino Raza:

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico Blanco Otro _____

	Si	No
1. ¿Tiene 18 años de edad o más?		
2. ¿Ha recibido la vacuna contra la influenza?		
3. Si respondió que sí, tuvo alguna reacción alérgica severa? Explique la reacción: _____		
4. ¿Tiene alergia al huevo o productos 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?		
¿Tuvo alguna reacción alérgica a la vacuna que no contiene huevo?		
5. ¿Ha tenido fiebre 101F o más, infección respiratoria, náuseas, vómito y/o diarrea en las últimas 24 horas?		
6. ¿Alguna vez ha sido paralizado por síndrome de Guillain Baré?		
7. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días?		
8. ¿Es alérgico o sabe si padece de hipersensibilidad al sulfato de neomicina o a la polimixina B?		
9. Actualmente, ¿recibe terapia anticoagulante?		
10. Mujeres solamente: ¿Está usted embarazada?		

*Una reacción alérgica incluye una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que lo obligó a ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las cuatro (4) horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas las sibilancias.

Doy mi consentimiento para Ascension Illinois, a administrar la vacuna contra la Influenza y estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza.
- Recibí y revisé una copia de la Declaración de vacunación contra la influenza.
- He tenido tiempo de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción.
- 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

Clinic Site: _____

Ascension Illinois Location: AHF AM AR ASJE ASME ASMK

Vaccine Manufacturer Name
Lot# / Expiration Date

Injection Site:
 Right Deltoid Left Deltoid

Inactivated influenza vaccine
Vaccine Information Statement
(VIS) 8/6/2021 given

Initials _____

Signature and title of health professional administering the vaccine

Date



**Formulario de facturación de vacunación contra la influenza de Ascension Illinois
 Recipiente de información (Por favor imprime claramente)**

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Número telefónico: _____ Sexo: Masculino Femenino Otro Idioma preferido: _____

Ethnia: hispan/latino no hispano/latino desconocido prefiero no decirlo

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico Blanco Otro _____

Para uso de oficina solamente

Para individual con auto pago

Cantidad Total \$ _____ Efectivo # De cheque _____

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

Para individual 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

Par individual con Medicare solamente

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

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

Mi firma de bajo indica mi aprobación para que Ascension Illinois 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