

DEPARTAMENTO DE SALUD DE BETHLEHEM

Hoja De Consentimiento Informado Para La Vacuna De La Gripe/Pulmonia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H ___ M ___

Dirección: _____ Teléfono: _____ Código Postal: _____

Por favor marque si o no a las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|----|--------|
| 1. El/la paciente tiene alergias severas a los huevos? | Si | No |
| 2. El/la paciente alguna vez ha tenido una reacción mala a la vacuna de la gripe? | Si | No |
| 3. El/la paciente alguna vez ha tenido el síndrome de Guillian-Barre? | Si | No |
| 4. El/la paciente sufre de otras alergias? _____ | Si | No |
| 5. El/la paciente sufre de asma o ataques de asma frecuentes? | Si | No |
| 6. El/la paciente ha recibido alguna de las siguientes vacunas MMR, Varicella,
Yellow Fever, o FluMist en los últimos 30 días? Fecha _____ | Si | No |
| 7. La paciente se encuentra embarazada o lactando? | Si | No N/A |
| 8. El/la paciente ha tenido contacto cercano con una persona que tenga problemas con el sistema
inmune? | Si | No |
| 9. El/la paciente tiene seguro medico que cubre vacunas? | Si | No |

SEGURO

Ninguno / Privado / Publico

Compañía _____

Numero de póliza _____ Numero del Grupo _____

Empleador _____

Nombre Del Asegurado (Si no es el paciente) _____

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

_____/_____/_____
Seguro Social

He declarado y he leído la hoja de Centros para el Control de la Enfermedad hojas informativas de la vacuna de prevención con la fecha 8/7/15. No tengo preguntas adicionales en este momento. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna del gripe sea administrada a la persona nombrada arriba **de quien yo soy o soy el padre o apoderado legal.**

Firma: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

Influenza Vaccine Given Lot Number: _____ Injection Site: L / R

Dosage Volume: .25ml .5ml Intranasal

Signature of vaccine administrator

Date

Pneumonia Vaccine Given Lot Number: _____ Injection Site: L / R

Signature of vaccine administrator

Date