

## Consentimiento ADULTO para la Vacuna de Influenza (Flu)

Appointments at:  
[www.Dignityhealth.org/chandlerimmunizations](http://www.Dignityhealth.org/chandlerimmunizations)

Hoja de Información  
Apunta su cámara en el código de QR,  
Toca el enlace que sale en su pantalla



### ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

**PRIMER NOMBRE :** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **SEGUNDO NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**GENERO/SEXO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **POSTAL** \_\_\_\_\_

### SELECCIONE UNO:

- (1) \_\_\_\_\_ **no tengo** seguro médico.  
(2) \_\_\_\_\_ tengo un seguro particular que **no cubre** la vacuna de Influenza  
(3) \_\_\_\_\_ **tengo seguro particular** que cubre la vacuna de Influenza

He leído o se me han presentado el documento de “**Información acerca de la vacuna (flu) de influenza**” con fecha de **01/31/2025**. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la Vacuna de Influenza, y pido que la vacuna me sea dada. **FIRMA DE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR LA VACUNA:** \_\_\_\_\_

Efectiva 14 de abril 2003 la ley requiere que **Chandler Regional Medical Center** dar a un paciente una copia de su Aviso de prácticas de privacidad de información de salud. Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, a partir de entonces en la visita siguiente tratamiento. Al firmar abajo, usted reconoce el recibo del aviso como el paciente, representante personal del paciente, el agente autorizado del paciente, o de un individuo involucrado en la atención médica del paciente.

**FIRMA DE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR LA VACUNA:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Tiene fiebre o sufre de una infección el día de hoy?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Usted tiene alergias? _____	<b>SI</b>	<b>NO</b>
En el pasado ha sufrido una reacción seria con una dosis de la vacuna de influenza (flu)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Ha sufrido o sufre del Síndrome de Guillan-Barre?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

### USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.

DATE VIS & vaccine given	FUNDING	VACCINE	MANUFACTURER LOT/EXP	ROUTE	SITE	REVIEWED/ ADMINISTERED BY
		IIV3		IM		
		65+ FLUAD		IM		