

Consentimiento ADULTO para la Vacuna de Influenza (Flu)

Appointments at:
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?

SI **NO**

Usted tiene alergias? _____

SI **NO**

En el pasado ha sufrido una reacción seria con una dosis de la vacuna de influenza (flu)?

SI **NO**

¿Ha sufrido o sufre del Síndrome de Guillan-Barre?

SI **NO**

USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.

DATE VIS & vaccine given	FUNDING	VACCINE	MANUFACTURER LOT/EXP	ROUTE	SITE	REVIEWED/ ADMINISTERED BY
		IVI3		IM		
		65+ FLUAD		IM		