



Dignity Health
 Chandler Regional Medical Center
 CRMC Community Wellness
 Chandler CARE Center,
 777 E Galveston St., Chandler, Az.

Consentimiento de Niños para la Vacuna de Influenza(Flu)

Información acerca de la vacuna de influenza



Abra su camera y escanea el QR code.
 Toca el baner que aparece en su pantalla.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

PRIMER NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
APELLIDO: _____ **SEGUNDO NOMBRE:** _____
GENERO/SEXO: _____ **EDAD:** _____ **TELEFONO:** _____
DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **POSTAL** _____
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL: _____
APELLIDO SOLTERA DE LA MADRE: _____

MARQUE UNO: su niño...

- (0) _____ está inscrito en **Kids Care**?
- (1) _____ está inscrito en el (AHCCCS)? ¿En qué plan? _____
- (2) _____ **no tiene** seguro médico.
- (3) _____ es indio americano o nativo de Alaska.
- (4) _____ cuenta con un seguro particular que **no cubre** la vacuna de Influenza
- (5) _____ **cuenta con seguro particular** que paga 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 1/31/2025**. 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 TUTOR LEGAL:** _____

Efectiva 14 de abril 2003 la ley requiere que **Chandler Regional Medical Center** dé 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 TUTOR LEGAL: _____ **Fecha:** _____

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR SU HIJO :

Tiene fiebre o sufre de una infección el día de hoy? **SI** **NO**
 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 Guillain-Barre? **SI** **NO**

USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.

| DATE VIS & Vaccine given | FUNDING | VACCINE | MANUFACTURER LOT # | ROUTE | SITE | Reviewed and ADMINISTERED BY |
|--------------------------|---------|---------|--------------------|-------|------|------------------------------|
| | | IIV3 | | IM | | |