



Dignity Health
 Chandler Regional Medical Center
 CRMC/Community Wellness
 1349 W. Chandler Blvd., Suite 100,
 Chandler, Az.85224

Citas: www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations
 Mascaras están obligatorias. Por favor traiga sus cartillas de vacunas y un bolígrafo para su uso personal. Solo los niños que tienen cita y un adulto podrán entrar en el centro.
 Si usted o el niño, ha tenido síntomas en las últimas 24 horas de : fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, nausea o diarrea por favor retrase su visita.

Consentimiento de Niños para la Vacuna de Influenza(Flu)

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

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

MARQUE UNO:

- (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 ha explicado la información contenida en el documento de **Información acerca de la vacuna (flu) de influenza con fecha de 8/06/21**. 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 O TUTOR LEGAL:** _____

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 de 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 O TUTOR LEGAL: _____ **Fecha:** _____

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Tiene fiebre o sufre de una infección el día de hoy?	SI	NO
Usted ha tenido esta tipo de síntomas en las últimas 24 horas: fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, nausea o diarrea	SI	NO
Es alérgico(a) a huevos?	SI	NO
Es alérgico(a) a Timerosol	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
		IIV4		IM		