



CRMC/Community Wellness
1349 W. Chandler Blvd., Suite 100, Chandler, Az. 85224

Consentimiento ADULTO 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: _____

MARQUE UNO:

- (1) _____ no tiene seguro médico.
(2) _____ cuenta con un seguro particular que **no cubre** la vacuna de Influenza
(3) _____ cuenta con seguro particular que cubre la vacuna de Influenza

He leído o se me han 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 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 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 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 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

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. _____

Citas: Favor de ir a www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations
Máscaras están obligatorias.
Solo los adultos con cita podrán entrar el centro. Si 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 por favor retrasar
su visita.

DATE VIS & vaccine given	FUNDING	VACCINE	MANUFACTURER LOT/EXP	ROUTE	SITE	REVIEWED/ ADMINISTERED BY
		IIV4		IM		