



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2020

Complete la información de la persona que recibirá la vacuna. (Escriba en letra de imprenta)

_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Segundo Nombre
_____		_____
Dirección		Apt
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Código Postal
_____		_____
Fecha de Nacimiento		Número de teléfono
SEXO	RAZA	ORIGEN HISPANO
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Native Alaskan <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____	<input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> No
IDENTIDAD DE GÉNERO.		SEGURO MEDICO
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> HaM <input type="checkbox"/> MaH <input type="checkbox"/> NO-binario		<input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Medicare _____ <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____
Alguna vez tuvo una reacción a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Tiene una reacción alérgica grave a los huevos?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Tiene antecedentes de Síndrome Gullian-Barre (una enfermedad parálitica grave)?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
He leído o me han explicado la información en "información sobre vacunación: Vacuna contra la influenza: LO QUE USTED NECESITA SABER 15/08/2019" He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Cualquier pregunta se contestó a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que la vacuna sea dada a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.		
X _____ <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">Signature</div>		_____ <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">Date</div>
For Clinic Use Only		
Dosage Volume: <u> 0.25mL 0.5mL </u>		
Injection Site: <u> LD RD </u>	Route: <u> IM </u>	Signature of Vaccine Administrator _____
Manufacturer: _____	Lot Number: _____	Date: _____