



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2021

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 paralítica grave)?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
<p>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.</p>		
X _____ Firma de paciente or los padres		_____ Fecha
For Clinic Use Only		
Dosage Volume: <u>0.25mL</u> <u>0.5mL</u>		
Injection Site: <u>LD</u> <u>RD</u>	Route: <u>IM</u>	Signature of Vaccine Administrator
Manufacturer: _____	Lot Number: _____	Date: _____