



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

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

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento		Número de teléfono
SEXO	RAZA	ORIGEN HISPANO
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Aleut <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Arabian <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Refused Pacific Islndr. <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Eskimo <input type="checkbox"/> Thailander <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Other (Specify):	<input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> South or Central Amer. <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Unknown Hispanic <input type="checkbox"/> Other (Specify):
LENGUAJE HABLADO <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Portuguese <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> German <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Haitian Creole <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Italian <input type="checkbox"/> Other (Specify):		SEGURO MEDICO <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Private Ins. <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (Specify):
TIENES DIABETES?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
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 07/08/2015" 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 _____ Signature		_____ Date
For Clinic Use Only		
Vaccination Date: _____	Dosage Volume: _____	Signature of Vaccine Administrator Date: _____
Injection Site: LD RD	Route: _____	
Manufacturer: _____	Lot Number: _____	