

Consentimiento ADULTO para la Vacuna de Influenza (Flu)

Appointments at:
www.Dignityhealth.org/chandlerimmunizations

Hoja de Información
 Apunta su cámara en el código de QR,
 Toca el enlace que sale en su pantalla



ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

PRIMER NOMBRE : _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
APELLIDO: _____ **SEGUNDO NOMBRE:** _____
GENERO/SEXO: _____ **EDAD:** _____ **TELEFONO:** _____
DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **POSTAL** _____

- SELECCIONE UNO:**
- (1) _____ **no tengo** seguro médico.
 - (2) _____ tengo un seguro particular que **no cubre** la vacuna de Influenza
 - (3) _____ **tengo 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 del aviso 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 tiene alergias? _____	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.

DATE VIS & vaccine given	FUNDING	VACCINE	MANUFACTURER LOT/EXP	ROUTE	SITE	REVIEWED/ ADMINISTERED BY
		IIV3		IM		
		65+ FLUAD		IM		