



**Dignity Health**<sup>TM</sup>

Chandler Regional Medical Center  
CRMC/Community Wellness  
1955 W. Frye Rd., Chandler, Az. 85224

## Consentimiento ADULTO de Vacuna

<input type="checkbox"/>	FLU	COVID-19	<input type="checkbox"/>
Favor de marca vacuna solicitada			

**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.** y/o hoja de información para receptores y cuidadores sobre la vacuna contra el Covid-19 \_\_\_\_\_. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la Vacuna indicada, y pido que la vacuna me sea dada. Estoy de acuerdo de tener esta vacuna registrada en la sistema de Información de Inmunización de Arizona

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Usted tiene fiebre o está enfermo el día de hoy?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Usted tiene alergias? _____   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Usted ha tenido una reacción seria o negativo de una dosis de vacuna o medicamento inyectable en el pasada? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | alérgico(a) a huevo?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Usted toma medicamentos o tiene una condición que adelgaza su sangre o afecta su coagulación?               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Ha sufrido o sufre del Síndrome de Guillan-Barre  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO |
| Usted ha tenido un dosis de vacuna Covid-19?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Usted ha recibido transfusión de sangre o productos de sangre o medicamentos por suero en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.**

DATE GIVEN VIS & admin	FUNDING	VACCINE	MANUFACTURER LOT/EXP	ROUTE	SITE	REVIEWED/ ADMINISTERED BY
		IIV4		IM		
		IIV4 <b>HIGH DOSE</b>		IM		
		COVID-19		IM		