



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

	Influenza (Flu) o Covid-19	
Favor de marcar vacuna solicitada		

Consentimiento de Niño de Vacuna

Escriba en letra de molde, información del niño.

PRIMER NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

APELLIDO: _____ **SEGUNDO NOMBRE:** _____

GENERO/SEXO: _____ **EDAD:** _____ **TELEFONO:** _____

DIRECCION: _____ **CIUDAD:** _____ **POSTAL** _____

NOMBRE DEL TUTOR LEGAL: _____

APELLIDO SOLTERA DE LA MADRE: _____

MARQUE UNO:

- (0) _____ El niño está inscrito en **Kids Care**?
- (1) _____ El niño está inscrito en el (**AHCCCS**)?
- (3) _____ El niño es indio americano o nativo de Alaska.
- (4) _____ El niño cuenta con un seguro particular que **no cubre** esta vacuna
- (5) _____ El niño cuenta con seguro particular que paga esta vacuna.

Procede a pagina 2

Uso administrativo solamente

DATE GIVEN VIS & ADMIN	VACCINE	MANUFACTURER/ LOT#	RT	SITE	REVIEWED AND ADMINISTERED BY
	IIV4		IM		
	COVID-19 </=11yr old		IM		
	COVID-19 12+ yr old		IM		

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 Pfizer 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 _____

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 :

Su hijo tiene fiebre o está enfermo el día de hoy? SI NO

Su hijo ha tenido una reacción seria o negativo de una dosis de vacuna o medicamento inyectable en el pasada? SI NO

Su hijo toma medicamentos o tiene una condición que adelgaza su sangre o afecta su coagulación? SI NO

Su hijo ha tenido un dosis de vacuna Covid-19 en el pasado? SI NO

Su hijo tiene alergias? _____ SI NO

Su hijo es alérgico(a) a huevo? SI NO

Su hijo ha sufrido o sufre del Síndrome de Guillan-Barre u otro problemas neurológico? SI NO

Su hijo ha recibido transfusión de sangre o productos de sangre o medicamentos por suero en los últimos 12 meses? SI NO

reviewed by: _____