

# DEPARTAMENTO DE SALUD DE BETHLEHEM

## Hoja De Consentimiento Informado Para La Vacuna De La Gripe/Pulmonía

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: H \_\_\_ M \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Por favor marque sí o no a las siguientes preguntas:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. El/la paciente tiene alergias severas a los huevos?                            | Sí | No |
| 2. El/la paciente alguna vez ha tenido una reacción mala a la vacuna de la gripe? | Sí | No |
| 3. El/la paciente alguna vez ha tenido el síndrome de Guillian-Barre?             | Sí | No |
| 4. El/la paciente sufre de otras alergias? _____                                  | Sí | No |
| 5. El/la paciente tiene seguro médico que cubre vacunas?                          | Sí | No |

**SEGURO** Ninguno / Privado / Publico

Compañía \_\_\_\_\_

Numero de póliza \_\_\_\_\_ Numero del Grupo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre Del Asegurado (Si no es el paciente) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Seguro Social

He declarado y he leído la hoja de Centros para el Control de la Enfermedad hojas informativas de la vacuna de prevención con la fecha 8/7/15. No tengo preguntas adicionales en este momento. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna de la gripe sea administrada a la persona nombrada arriba **de quien yo soy o soy el padre o apoderado legal.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY

**Influenza Vaccine Given** Lot Number: \_\_\_\_\_ Exp date: \_\_\_\_\_ Injection Site: L / R

Dosage Volume: .25ml .5ml

\_\_\_\_\_  
Signature of vaccine administrator

\_\_\_\_\_  
Date

**Pneumonia Vaccine Given** Lot Number: \_\_\_\_\_ Exp date: \_\_\_\_\_ Injection Site: L / R

Pneumovax

He declarado y he leído la hoja de Centros para el Control de la Enfermedad hojas informativas de la vacuna de prevención con la fecha 11/5/2015 o 4/24/2015. No tengo preguntas adicionales en este momento. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna de la Pulmonía sea administrada a la persona nombrada arriba

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of vaccine administrator

\_\_\_\_\_  
Date