

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