



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INFLUENZA PARA ADULTOS

Parker County Hospital District
OUTREACH PROGRAM
1115 Pecan Drive
Weatherford, TX 76086
(817) 458 - 3254

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

PRIMER NOMBRE: MI APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO: / / AÑOS: GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN:

CIUDAD: CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO CELULAR: - -

INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA (MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA):

SIN SEGURO MEDICARE

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO (POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA):

AETNA BLUE CROSS CIGNA HUMANA UNITED

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO (POLÍTICA): NÚMERO DE GRUPO:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: / /

TRICARE *** TRICARE REQUIERE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA LA PRESENTACIÓN *** - -

★ CUESTIONARIO DE VACUNACIÓN Y SALUD: ★	
1. ¿La persona que va a vacunarse se siente enferma hoy?	SÍ NO
2. ¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe?	SÍ NO
3. ¿El paciente tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la gripe?	SÍ NO
4. ¿Alguna vez el paciente ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?	SÍ NO

Autorización para la Administración de la Vacuna contra la Influenza

Estoy proporcionando este formulario de consentimiento al Distrito de Hospitales del Condado de Parker para que pueda recibir la vacuna contra la influenza. He leído y comprendo la información que he recibido sobre los posibles beneficios y efectos secundarios de la vacuna contra la influenza. Por la presente reconozco que, según la información que se me presentó, soy elegible para recibir la vacuna contra la influenza en esta fecha. Me siento bien hoy y no he tenido fiebre recientemente. Entiendo que no se puede garantizar que la vacuna contra la influenza me dará inmunidad contra cualquier tipo de influenza. Por la presente reconozco que he recibido acceso a la Hoja de Información de la Vacuna con respecto a la Vacuna contra la Influenza. Libero al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por vacunarme contra la influenza. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con recibir la vacuna. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas respondidas. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré al PCHD/empleador/escuela sobre cualquier cambio antes de vacunarme. Si corresponde, autorizo a PCHD a proporcionar a la escuela de mi hijo la documentación de las vacunas administradas hoy.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL PERSONAL DE PCHD _____ FECHA _____

*** SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO ***

Clinic Location: _____ Date: ____ / ____ / ____

Vaccine Lot: _____ Exp. Date: ____ / ____ / ____

Administered by: _____ Location: RA LA 0.5ml

Para obtener información de los CDC acerca de la vacuna contra la gripe, exploración este código QR con tu teléfono:

