

Vacuna Contra el Consentimiento Informado

Información del paciente	
Nombre de pila: _____	Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____	Proveedor de atención primaria: _____
Dirección de envío: _____	
Número de teléfono de casa: _____	Número Celular: _____
Información del seguro	
Nombre del seguro: _____	
Número de identificación: _____	Número de grupo: _____

Yo, el abajo firmante, he leído o me han explicado la hoja de información de vacunación (VIS). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la (s) vacuna (s) y he respondido satisfactoriamente a mis preguntas. Solicito voluntariamente que se me administre la vacuna o a la persona mencionada para la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Autorizo que las vacuna(s) para ser administrada por un estudiante farmacéutico capacitado.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre del padre, tutor o cuidador: _____

Cuestionario de Cribado			
	Yes	No	Unknown
¿Actualmente está enfermo o tiene fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez recibió la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Eres alérgico a huevos o algún otro componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has recibido alguna vacuna en el último mes? – En caso afirmativo, ¿cuáles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mujeres: Estás actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lot	Expiration	Manufacturer	Dose	Site (RD, LD, RT, LT)

Signature of Pharmacist/Provider: _____ Date: _____

Entered into WebIZ

Funding: 317 Private