

Vacuna Contra el Consentimiento Informado (Flu)

Información para el paciente

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Por favor marque: Masculino

Femenina

Información de seguros

Nombre del seguro: _____ Numero de BIN: _____

Beneficiario de Medicare o sin seguro:

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____

No tengo seguro en este momento.

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. Al firmar este consentimiento, estoy indicando que entiendo que puedo acceder a una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Alliance relacionado con la información de salud en esta página <https://www.chanevada.org/patients/privacy-policy/>.

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"/>

Brand/Manufacturer	Lot	Expiration	Dose	Site (RD, LD)	Pharmacist

Entered into WebIZ

Funding: 317 Private VFC

Last Updated: November 2022