

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA
CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL / INFLUENZA 2022-2023 DE LA UNIDAD MÓVIL

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la gripe y la vacuna contra la gripe estacional/influenza (*Vaccine Information Statement, VIS*) con fecha 08/6/2022. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales contestaron a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y pido que se la administren a la persona nombrada abajo. Declaro que estoy autorizado/a a hacer esta solicitud en su nombre.

Información sobre la persona que recibirá la vacuna contra la influenza 2022-2023
(enletra de molde):

Apellido:		____/____/____	Edad		
Nombre:	Segundo Nombre:	____ Fecha de Nacimiento			
Dirección:					
Ciudad:				Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono () -					
Es menor de 50 años de edad con una condición médica crónica, está usted embarazada o tiene una edad de 6-23 meses? D Si D No En caso afirmativo, ¿qué? _____					
Firma de la persona que recibirá la vacuna (o persona autorizada para hacer la petición) Firma: _____ Date: ____/____/____					
Usted es un empleado de AltaMed. ¿Es usted también un paciente de AltaMed? Sí / No					
¿En caso afirmativo, qué clínica visita usted?					

Sólo Para Uso de la Clínica

Identificación de la Clínica:

Vacuna	Fecha	Fabricante	Número de	Sitio de la	Administrado
Influenza	____ / ____ / ____	☐ Sanofi Pasteur ☐ GSK		R L Deltoid	
			Exp Date:		

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNA Y CUESTIONARIO SOBRE LA GRIPE ESTACIONAL DE LA UNIDAD MÓVIL

VACUNA INYECTABLE INACTIVA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL	SI	NO	NO SE
1. ¿La persona que se va a vacunar, tiene fiebre o se siente enfermo/a hoy?			
2. ¿La persona que se va a vacunar, ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la gripe o a algún componente de la vacuna?			
3. ¿La persona que se va a vacunar, tiene alergia aguda a los huevos?			
4. ¿La persona que se va a vacunar, tiene alergia aguda al Timerosal, conservante que se utiliza en algunas vacunas?			
5. ¿La persona que se va a vacunar, tiene alergia aguda al látex?			
6. ¿La persona que se va a vacunar, ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (GBS)?			
** Consulte con su Proveedor Médico si el paciente contesto Sí a cualquiera de las 6 preguntas			

TEAR OFF-----TEAR OFF

AltaMed

QUALITY CARE WITHOUT EXCEPTION™

ADULT IMMUNIZATION RECORD

Last name

First name

M.I.

Birthdate: – –

Vaccine	Date Given	Manufacturer	Lot Number	Inj. Site	Given by
Influenza	___/___/___	☐ Sanofi Pasteur ☐ GSK			
			Expiration Date		

