



Condado de Maricopa Servicios de Salud Publica Consentimiento para Inmunizaciones

Letra de Molde

Nombre: _____ Apellido: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Masculino ☐ Femenino ☐ Fecha De Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad Actual: _____

✓ Marque lo que aplica: ☐ No tiene aseguranza de salud ☐ Aseguranza Nombre de Aseguranza: _____

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cuál no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

1. La persona que se vá a vacunar, ¿está enferma hoy? ☐ sí ☐ no ☐ no sabe
2. La persona que se vá a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna? ☐ sí ☐ no ☐ no sabe
3. La persona que se vá a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)? ☐ sí ☐ no ☐ no sabe
4. La persona que se vá a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? ☐ sí ☐ no ☐ no sabe

Yo doy permiso al proveedor de salud dando vacunas que revele información sobre todas las vacunas que he recibido, o a la persona mencionada en este registro médico, al programa estatal de vacunas (ASIIS), otros proveedores de salud para evitar recibir vacunas que no son necesarias y para proveer información sobre las inmunizaciones que he recibido. Yo he recibido y leído una copia, o se me ha explicado la información contenida en el documento que se llama "Información importante" sobre las enfermedades y vacunas indicadas abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y han sido contestadas a mi satisfacción. Creo entender los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s).

☐ He recibido el aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) ☐ No ponga mi información en el programa estatal de vacunas (ASIIS)

FIRMA: X _____ ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE: X _____ FECHA X _____