



## Condado de Maricopa Servicios de Salud Pública 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 va a vacunar, ¿está enferma hoy?  sí  no  no sabe
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?  sí  no  no sabe
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?  sí  no  no sabe
4. La persona que se va 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 \_\_\_\_\_**