

Flu consent 2018-2019

Autorización para la vacuna contra la influenza 2018-2019



Date/Fecha: _____

Patient Name/Nombre de Paciente: _____ Gender/Sexo: M F

Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: 6 months – 35 months /6 meses – 35 meses
 3 years – 18 years /3 años – 18 años

Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____

Zip/Código Postal: _____ Phone/Número de Teléfono: _____

Email/Correo electrónico: _____

Patient is 18 years or younger and (choose one of the following)/ Paciente tiene 18 años o menos y (escoja uno del siguiente):

is enrolled in Medicaid/tiene Medicaid → Medicaid #/escribe el número aquí _____

has no health insurance/no tiene seguro médico → \$12 suggested donation/donación sugerida: \$12

has health insurance that does not cover flu immunizations → \$12 suggested donation
tiene seguro médico que no cubre la vacuna contra la influenza → donación sugerida: \$12

Do you have any allergies or have you had a serious reaction to a vaccine in the past ?

¿Tiene usted alguna alergia o ha tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado? Yes/Sí No

Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome (French polio)?

¿Tiene usted una historia del síndrome de Guillain-Barre (polio francés)? Yes/Sí No

Have you had a fever in the last 24 hours?

¿Ha tenido fiebre en las últimas 24 horas? Yes/Sí No

Have you had a flu shot before?

¿Ha tenido la vacuna contra la influenza antes? Yes/Sí No

I have read the information and have had the chance to ask questions. I understand the benefits and risks of the 2018-19 seasonal influenza vaccine and ask that the vaccine be given to me or the person named above. I accept the responsibility for seeking medical attention for any problems with this vaccination.

He leído la información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza temporal de 2018-19 y pido que me vacune a mí o a la persona cuyo nombre aparece arriba. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema que tenga con esta vacuna.

Patient or Parent Signature/Firma de Paciente o Padre: _____

For Clinic Use

Vaccine	Date	Manufacturer	Site	Lot #	Dosage	Administered by:
Injectable Influenza						