



Formulario del consentimiento para la vacuna contra la gripe

Sólo para el uso personal

- VFC
 SF
 Private

Eligibility Code: _____

Información Demográfica Del Paciente

Nombre Legal del Paciente: _____

Sexo
Asignado
al Nacer
 M F

FDNac: ____/____/____ Edad: ____
Mes día año

Identidad
Género: _____
Opcional

Nombre/Pronombres Preferidos: _____
Apellido Primer/Segundo Nombre Si es el caso

NSS _____

Dirección: _____

Apto#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Apellido de Soltero: _____
Si es el caso

Teléf: (_____) _____

Médico: _____

Correo Electrónico: _____

¿Podemos enviarle por correo electrónico la información de facturación? Si No

Multirracial Otro

Raza: Blanco Indio Americano Asiático/Isleño del Pacífico Hispano Negro

Idioma: Inglés Español Otro Idioma:

Información de Padre/Guardián: (requerido para los pacientes menores de 18 años de edad)

Nombre del Padre/Guardián: _____ FDNac de padre/Guardián: _____

Últimos Cuatro Números del Seguro Social de Padre/Guardián: _____ Relación con el Paciente: _____

Información del Seguro Médico

Seguro de Enfermedad Nada/ Yo Pago Empleador está pagando → Nombre del Empleador: _____

Nombre del Seguro: _____ # Póliza: _____ # Grupo: _____

Afiliado: _____ FDNac: _____ Relación con Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

¿La persona que recibe las vacunas:

¿Tiene alergias? si es así, por favor enumere:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Tiene alergia a los huevos? Si es así, describa su reacción:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Tiene o ha tenido convulsiones, síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

Reconocimiento y Consentimiento

1. He leído o me han explicado la información acerca de las instrucciones sobre la vacuna de la gripe con respecto a la enfermedad y la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción.
2. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y doy mi consentimiento de recibirla a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizado a hacer esta petición.
3. He recibido y examinado la Notificación de las Normas de Privacidad, que presentan una descripción del uso de la información y su divulgación.
4. Doy mi consentimiento para que mi información demográfica pueda ser compartida y autorizo el archivo de mi vacunación en el registro de vacunaciones del estado de Montana para propósitos de salud, y que esta información puede también ser compartida con el personal sanitario y escuelas en el estado de Montana que ofrecieran la distribución de vacunas. Entiendo que puedo anular este consentimiento y en cualquier momento puedo pedir que eliminen mi registro contactando al departamento de salud de mi condado.
5. Autorizo el pago de la asistencia médica a este departamento de salud por los servicios prestados. Entiendo que el paciente o padres/tutor es responsable por cualquier saldo no pagado. Entiendo que cualquier saldo no pagado puede enviarse a una agencia de cobros.

Firma: _____ Fecha: _____

ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Route	Date Dose Administered	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
Influenza	↑ LDIM ↑ RDIM	/ /		

