

2022-2023 INFLUENZA CONSENT FORM



Información sobre la persona que se va a vacunar (en letra de imprenta)

Primer nombre: _____ Edad: _____

Apellido: _____ Género: _____

Fecha de nacimiento: _____ # de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por niño/a - Nombre de Padre/Madre: _____

<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid o Medicare <input type="checkbox"/> Sin seguro / seguro que NO cubra las vacunas <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska menor de 18 años (elegible para VFC) <input type="checkbox"/> Pago Efectivo	Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de identificación de la póliza: _____ Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación: _____
--	---

Por favor responda lo siguiente para la persona que se va a vacunar.

	Sí	No
1) ¿Está enferma esta persona hoy?	_____	_____
2) ¿Tiene esta persona alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna?	_____	_____
3) ¿Ha tenido esta persona alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?	_____	_____
4) ¿Ha tenido esta persona el síndrome de Guillain-Barré?	_____	_____

Se me ha proporcionado una copia y he leído o me han explicado la información sobre la influenza y la vacuna contra la influenza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me la administren a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Soy responsable de cualquier cargo financiero que no cubra mi seguro. Se ingresará un registro de esta inmunización en el Sistema de registro de inmunización de Iowa (IRIS).

Firma

Fecha

 Persona cual será vacunado (si es menor, padre o tutor)

For office use only

Date: _____

Administered by: _____

IM Site:

Left	Deltoid
Right	Thigh

VIS 8/6/2021

Billing: _____ IRIS Entry: _____ Location: _____

Rev. 9/2022