

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INFLUENZA



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: _____

☐ Seguro
☐ Medicaid o Medicare
☐ Sin seguro / seguro que NO cubra las vacunas
☐ Indio americano o nativo de Alaska menor de 18 años (elegible para VFC)
☐ 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?
(Condición en la que el sistema inmunológico ataca los nervios) | _____ | _____ |

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: _____

VIS 1/2025

Administered by: _____

IM Site:

Left

Deltoid

Right

Thigh

Billing: _____ IRIS Entry: _____ Location: _____

Rev. 8/2025