



FLU Formulario de Consentimiento

Información del paciente

Primer nombre:										MI	Apellido nombre:														
Fecha de nacimiento:										Años:		Genero:		Nombre de escuela:										Grado:	
										Male / Female															
Paciente Carrera:		Blanco	Afroamericanos	Amer. Indian/ Native American	Hispanic	Alaskan Nativo	Asiático	Otro:																	
Dirección:										Ciudad:															
Celular o Contacto de emergencia Número:																		Estado:		Código postal:					

Los padres o Guardian Información

Primer nombre:										Apellido nombre:										Relación:									

Información de seguro requerida (Debe marcar la casilla apropiada)

NON- PRIVATE			Seguro insuficiente: * cobertura de seguro, pero no cubre la vacuna * seguro sólo cubre selección vacunas * seguro de tapas cobertura de la vacuna	PRIVATE SEGURO															
SIN SEGURO	Medicaid: Amerigroup Coops	AETNA- Medicaid		Aetna	BCBS	CIGNA	Humana	Medicare	Tri-Care	UHC									
Los titulares de tarjetas Nombre:					Los titulares de tarjetas Apellido:					Los titulares de tarjetas fecha de nacimiento:									
ID de miembro:(please include prefix, if any)										Número de grupo:									

Salud y vacunación, en cuestiones relacionadas

1	Está la persona que recibirá la vacuna enfermo hoy??	SÍ	NO
2	Este paciente ha tenido una vida severa o reacción alérgica grave a la vacuna contra la gripe??	SÍ	NO
3	Este paciente tiene una alergia a los huevos oa algún componente de la vacuna?	SÍ	NO
4	Este paciente ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	SÍ	NO

Autorización para la administración de la vacuna contra la Influenza

Estoy proporcionando este formulario de consentimiento a Parker County Hospital District, a fin de que se le pueda dar la vacunación contra la influenza. He leído y comprendido la información que he recibido en relación con los posibles beneficios y efectos secundarios de las vacunas contra la influenza. Por la presente reconozco que en base a la información presentada a mí, yo soy elegible para recibir la vacuna contra la influenza en esta fecha. Me siento bien hoy y yo hace poco no he tenido fiebre. Yo entiendo que no se puede asegurar que la vacunación contra la gripe me dará la inmunidad de contraer cualquier tipo de influenza. Por la presente reconozco que he recibido una copia de la hoja de información sobre la vacuna de la vacuna contra la influenza 2020-2021. Libero Parker County Hospital District, sus empleados, representantes y agentes de toda responsabilidad por darme la vacunación contra la influenza. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema relacionado con mi recibir la vacuna. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas contestadas. Yo entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y haré PCHD / escuela tanto de cualquier cambio antes de ser vacunados. Autorizo a PCHD proporcionar documentación de vacunación hoy Escuela de mi hijo.


 _____ Siganture del paciente / padre o tutor
 Date _____

Staff Signature _____
 Date _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Location: _____	Date: ____/____/____
Vaccine Lot: _____	Exp. Date: ____/____/____
Administered by: _____	Location: RA LA 0.5ml
VIS IIV 8-15-2019	

Parker County Hospital District Outreach Program
 1130 Pecan Street
 Weatherford, Texas 76086
 817-458-3254 www.pchdx.org