



Dignity Health.

Chandler Regional Medical Center
Mercy Gilbert Medical Center

Consentimiento para la Vacuna de Influenza (Flu) 2016/2017

He leído o se me ha explicado la información contenida en el documento de información acerca de la vacuna (flu) de influenza con fecha de 8/07/15. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y han sido contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los riesgos y beneficios de la Vacuna de Influenza, y pido que la vacuna me sea dada.

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Tiene fiebre o sufre de una infección el día de hoy?	SI	NO
Es alérgico(a) a huevos?	SI	NO
Es alérgico(a) a Timersol	SI	NO
En el pasado ha sufrido una reacción seria con una dosis de la vacuna de influenza (flu)?	SI	NO
Ha sufrido o sufre de el Síndrome de Guillian-Barre?	SI	NO

Reviewed By _____

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

NAME: _____ TELEFONO: _____
 DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ POSTAL: _____

FIRMA DE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR LA VACUNA:

_____ Fecha: _____

**Yo he recibido or se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del "aviso de Practicas de Privacidad" que explica, cuando, donde, y porque mi información de salud confidencial podría ser utilizada o compartida.

To be Completed by Person Administering Vaccine

Date Administered: _____ Arm Site: RD LD

September ___ 2016 October ___ 2016 November ___ 2016 December ___ 2016

January ___ 2017 February ___ 2017 March ___ 2017

Administered by _____

Revised 8/16/16