



forma de consentimiento

Vacunas que necesita hoy: <input type="checkbox"/> Flu <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Flu (HD-65 or older)
--

Metodo de pago: Medicare* Pagopropio Seguro Medico*
 *Entrega la informacion al proveedor

Other vaccines available: <input type="checkbox"/> Td/Tdap <input type="checkbox"/> Shingrix <input type="checkbox"/> RSV (recommended for 75 yr. & older) <input type="checkbox"/> _____
--

Numero: _____

Nombre: _____

Residencia: _____

STREET	CITY	STATE	ZIP
--------	------	-------	-----

E-MAIL: _____ Telefono: _____

Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ Femenino Masculino

Por favor responda las siguientes preguntas:

Sí No

1	¿Tienes un gripe o tomas antibioticos?		
2	¿Esta embarazada? (Se requiere receta si tienes menos de 14 semanas)		
3	¿Eres alergico al huevo? ¿Eres alergico al latex o alguna vez ha tenido una reacción a alguna vacuna?		

Responda lo siguiente si recibe otra vacuna no sea la gripe o neumonía:

5	¿Tiene un problema de salud a largo plazo como por ejemplo (enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica, diabetes, asthma, o trastorno sanguíneo?)		
6	¿Tomas productos biológicos (ejemplo:), cortisone, prednisone, u otros anticuerpos, esteroides, medecinas contra el cáncer o tienes tratamientos de radiación?		
7	¿Tuviste una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?		
8	¿Has recibido una transfucion de sangre, gammaglobulina o has tomado medicamento antiviral en el ultimo año?		
9	¿Has recibido alguna vacuna en las ultimas 4 semanas?		

¿Quien es su medico de atencion primaria? _____

Solicito que se me administre la vacuna a mi o a la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado a tomar decisiones. He leído o me han explicado información sobre esta vacuna. Entiendo los beneficios y riesgos sobre esta vacuna y elijo tomarla. Con el tratamiento medico entiendo que no hay garantia de no experimentar efectos secundarios de la vacuna recibida. A demás, por la presente libero a la Dra. Alejandra Mosooso, miembros de la junta y empleados de cualquier responsabilidad por enfermedad, lesión, perdida or daño que pueda resultar de esta inmunización.

Firma

Fecha

*******POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA*******

Place Stickers Here	Dose	VIS Date
	SITE	Given By:
	LD RD	