



Consentimiento de Contra la Influenza (Gripe)

Por favor llenar la siguiente información PARA LA PERSONA QUE SE ESTA VACUNANDO:					
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de Seguro Social (Los últimos cuatro números solamente)		Raza <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Otro			
Domicilio		Ciudad/Estado	Número de Zona Postal	Número de Teléfono	
¿Se ha vacunado Ud. alguna vez contra el flu (gripe)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Vive usted dentro de los límites de la Ciudad de Columbia, Missouri? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medicare #: _____ <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		Medicaid #: _____ Plan: <input type="checkbox"/> MO Health Net <input type="checkbox"/> HC USA <input type="checkbox"/> MO CARE <input type="checkbox"/> Molina			
He leído y recibido una copia, o me han explicado la información del Reporte de Vacuna, de la vacuna marcada abajo. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna me sea puesta, o bajo la autorización de la persona que firma esta solicitud.					
Firma Autorizada (Pariente/Guardian Legal o Cliente si es mayor de 18)			Fecha		
Por favor revisar la siguiente lista y marque lo que aplica:					
<input type="checkbox"/> Tiene fiebre o alguna enfermedad leve o severa el día de hoy <input type="checkbox"/> Tiene seria reacción alérgica a los huevos (ronchas, dificultad para respirar, etc.) <input type="checkbox"/> Ha tenido seria reacción a previas vacunas contra el flu (gripe) <input type="checkbox"/> Tiene historia de tener el Síndrome Guillain-Barre (enfermedad de parálisis) <input type="checkbox"/> Esta embarazada					
↓ PARA USO DE LA CLINICA, NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA ↓					
<input type="checkbox"/> Flu Shot Manufacturer and Lot Number: Site of Administration: <input type="checkbox"/> L Delt <input type="checkbox"/> L Leg <input type="checkbox"/> R Delt <input type="checkbox"/> R Leg Dose: <input type="checkbox"/> 0.25 cc <input type="checkbox"/> 0.5 cc		<input type="checkbox"/> Flu Mist® (MedImmune) Lot Number: Site of Administration & Dose: 0.2 cc administered intranasally (0.1 cc each side)		Vaccine Information Statements <input type="checkbox"/> Influenza VIS (08-11-09) <input type="checkbox"/> Live, Attenuated Influenza Vaccine VIS (8-11-09)	
Signature and Title of Vaccine Administrator			Date of Vaccination		

Preguntas Para La Vacuna Intranasal Viva Contra La Influenza (Gripe)

Por favor llene la siguiente información **para la persona que se esta vacunando**. Si alguna pregunta no esta clara, por favor preguntenos y le explicaremos. Gracias.



COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI VA HA RECIBIR EL FLU MIST®

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿Ud. tiene fiebre o alguna enfermedad leve o severa el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Ud. tiene enfermedad o problemas renales (riñones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ud. tiene reacción alergica a los huevos (ronchas, dificultad para respirar, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Ud. tiene desorden en la sangre como anemia, sickle cell disease or thalassemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ud. ha tenido seria reacción a previas vacunas contra el flu (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Ud. tiene sistema inmune débil (HIV/AIDS, cáncer, transplante de organo, esteroides, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ud. tiene historia de tener el Síndrome Guillain-Barre (enfermedad de parálisis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Ud. esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ud. es menor de 2 años o mayor de 49 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Ud. es niño/niña o adolescente recibiendo terapia de aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ud. tiene enfermedad cardiaca crónica (corazón) o historia de paro cardiaco o infarto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Ud. esta en contacto cercano con alguien que tiene SERIO problema con su sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ud. tiene enfermedad pulmonar crónica (pulmón) (bronquitis, enfizema, fibrosis quística, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Ud. esta tomando medicina que le han recetado para prevenir o tratar el flu (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ud. tiene asma o alguna enfermedad que impide el paso de aire dentro del cuerpo, o es ud. un niño menor de 5 años al cual le ha silvado el pecho o ha respirado forzadamente en una o mas ocasiones durante el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Ud. se ha vacunado en el último mes o planea recibir alguna vacuna en el siguiente mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ud. tiene diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Ud. Tiene un desorden en los músculos o nervios (como convulsión repentina y movimiento involuntario del cuerpo o paralysis cerebral) que lo lleva a tener problemas con su respiración o con pasar comida o saliva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ud. tiene enfermedad del hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Ud. tiene una congestión nasal que le causa dificultad para respirar, como por ejemplo nariz tapada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.31.09

Esta forma ha sido llenada por : _____ Fecha: _____

Si Ud. no es el padra/madre y esta firmando por otra persona, su relación con esta persona es:

Guardian Legal Otro _____

Reviewed By: _____ Date: _____