

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

La información recaudada en este formulario será utilizada con el fin de documentar la autoización para recibir la vacuna contra la grip. El Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) puede compartir el registro de esta vacunación con otros prestadores de salud que están directamente relacionados con la salud de la persona que ha recibido la vacuna.

Información acerca de la persona que recibe la vacuna

Nombre (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del Segundo Nombre) escribir en letra de imprenta		Sexo	Fecha de nacimiento	
Nombre del padre/madre o tutor (si corresponde)	Condado	Número de teléfono		
Domicilio Casilla de Correo	Cuidad	Estado	Código Postal	

Esta sección debe ser completada.

Raza (marque una) <input type="checkbox"/> Africano- americano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático				
<input type="checkbox"/> Hawaiian/Isleño pacific		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Otra
Origen étnico (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino				
Elegibilidad (Marque todo lo que aplique) Tiene que completar esta sección				
<input type="checkbox"/> Indio americano	<input type="checkbox"/> Badger Care	<input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid	<input type="checkbox"/> Sin seguro médico	
<input type="checkbox"/> Tiene un seguro, cubre vacunas		<input type="checkbox"/> Tiene un seguro, no cubre vacunas		

Las preguntas a continuación son sólo para diagnosticar si la persona que se menciona arriba puede recibir la vacuna y qué tipo de vacuna. Sirvase encerrar en un círculo la palabra Si o No.

1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy?	Si	No
2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza?	Si	No
3. ¿La persona que recibirá la vacuna vez ha tenido una reacción alérgica grave o la respuesta a las vacunas contra la gripe pasadas?	Si	No
4. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	Si	No

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA

He leído, o me han explicado, la Declaración de Información de Vacunación para recibir la vacuna contra la gripe. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos que implican la vacuna y solicito que la misma sea aplicada a la persona que se menciona arriba, por la cual estoy autoizado a solicitar dicha petición.

Firma X _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

Route IM	Site RD, RV, LD, LV	Manufacturer SP	Lot Number U5599AC (6-35M)	VIS Date 08/07/2015
IM	RD, RV, LD, LV	SP	(3 & OLDER)	08/07/2015

Vaccine Administrator: _____ Date: _____