



**Consentimiento de vacunación
contra la influenza para la
enfermería de salud pública**

Patient Identification

Nombre: _____ La fecha de hoy: _____
Primero Segundo Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino CNDH Núm de expediente: _____ Núm de identificación de empleado: _____

Dirección: _____
calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____ Nombre de soltera de la madre _____

Nombre del padre / tutor legal (solo para niños): _____
Primero Segundo Apellido Sufijo

Contacto de emergencia: _____ Num de telefono de contacto de emergencia: (_____)

Por favor marque uno:

Seguro privado (póliza / número de grupo incluyendo letra): _____ Medicaid (número): _____
 Medicare (número incluyendo letra): _____ sin seguro

Raza: (marque todo lo que corresponda)
 Afroamericano
 Hispano
 Asiatico/isleno del Pacifico
 Indio Americano/Nativo de Alaska
 Blanco

- ¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy? Si No
- ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza o a los huevos en el pasado? Si No
- ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barré en las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la gripe? Si No
- Yo entiendo que si mi hijo no coopera no se administrará la vacuna Si No
- ¿Mi hijo puede recibir esta vacuna sin mi presencia? Si No

He leído o me han explicado la información contenida en la Hoja de Información de la Vacuna 2021-2022 para la vacuna estacional contra la influenza 2021. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza estacional y doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza estacional para mí o para mi hijo (si corresponde). Entiendo que esta vacuna se registrará en el estado de Oklahoma Sistema de Información de Inmunizaciones (S11S).

 Firma Fecha Hora

 Firma del padre / tutor legal (del niño) Fecha Hora

OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW

Vaccine: _____ Lot no.: _____ Exp. date: _____
 Site given: RVL LVL RD LD
 _____ Nurse (print name) _____ Nurse signature _____ Date/time _____