



CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Tiene Medicaid Si No

¿La persona que recibe la vacuna es un paciente de Pediatric Partners? Si No

Letra Imprenta Por Favor: Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Alergias: _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Se le ha dado la vacuna contra la influenza al paciente anteriormente: Sí No

Los niños menores de nueve años de edad, que no han recibido la vacuna contra la influenza anteriormente o un caso medico documentado de la influenza, requerirán dos dosis de la vacuna para la cobertura completa. No podemos garantizar que podamos proveer la segunda dosis.

- | Ha tenido el/la paciente alguna de las siguientes: | Por Favor Circule |
|---|--------------------------|
| • Una reacción alérgica seria a una Dosis previa de la vacuna contra la influenza. | Sí No |
| • Algun historial de Síndrome de Guillain-Barre (GBS) | Sí No |
| • El/la paciente tiene fiebre actualmente, enfermedad respiratoria o cualquier tipo de infección? | Sí No |
| • Una mala reacción a otra vacuna
Por favor anote la reacción _____ | Sí No |

He recibido la información sobre la vacuna contra la influenza y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna sea dada a la persona nombrada arriba. Estoy de acuerdo que Pediatric Partners no tendrá responsabilidad o un lazo legal si la persona arriba contrae influenza, neumonía, u otras enfermedades respiratorias o sufre cualquier reacción adversa al seguir la administración de la vacuna.

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha _____

Solamente para uso oficial

Solamente para uso oficial

Solamente para uso oficial

Date vaccine and VIS given _____ Date of VIS _____ Contraindications _____

Patients 6 months and older

Lot# _____
Exp date _____
Site _____

VFC

PRIVATE

PAID (parent)

Signature of Administrator _____ Date _____

\$25 en el momento del servicio para aquellos que no son pacientes

PATIENT CONSENT FOR INFLUENZA VACCINE

Do you have Medicaid Yes No

Is the person receiving the vaccine a patient of Pediatric Partners Yes No

Please Print: Last name: _____ First name: _____ MI: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Allergies: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Has the patient ever had a flu vaccine before: Yes No

Children less than nine years of age, who have not previously had the flu vaccine or a physician-documented case of the flu, will require two doses of the vaccine for complete coverage.

We cannot guarantee we will be able to provide the second dose.

Has the patient ever had any of the following:	Please Circle
• A serious allergic reaction to a Previous dose of influenza vaccine.	Yes No
• A history for Guillain-Barre Syndrome (GBS)	Yes No
• Does the patient currently have a fever, respiratory illness or any type of infection?	Yes No
• A bad reaction to another vaccine Please list the reaction _____	Yes No

I have received the influenza vaccine information statement and understand the benefits and risks of the vaccine and ask that the vaccine be given to the person named above. I agree that Pediatric Partners shall have no responsibility or liability if the above person contracts influenza, pneumonia, or other respiratory disease or suffers any adverse reactions following administration of the flu vaccine.

Signature of Responsible Person: _____ Date _____

For office use only

For office use only

For office use only

Date vaccine and VIS given _____ Date of VIS _____ Contraindications _____

Patients 6 months and older

Lot# _____
Exp date _____
Site _____

VFC

PRIVATE

PAID (parent)

Signature of Administrator _____

\$25 Due at Time of Service for Non-Patients