



**DEPARTAMENTO DE SALUD
DEL CONDADO DE NEVADA**

Manufacturer: _____

**FORMA DE CONSENTIMIENTO
DE LA INFLUENZA**

Lot # & Expiration: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____
MM / DD / YY

Dirección: _____

Género: _____ Edad: _____

Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____

Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada requiere que obtengamos los siguientes datos demográficos. Esta información es confidencial y nos permite ofrecer servicios de calidad.

Elija uno:

Selecciona una o más:

Elija uno:

Ethnic Group

Race

Language

- Hispano
- No-Hispanos
- Desconocido

- Nativo de Alaska o American Indian
- Asiática
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico

- Blanco o Hispano
- Más de uno raza
- Otra raza
- Declinado declarar

- Inglés
- Español
- Indio (Hindi & Tamil)
- Otro

Elegibilidad del programa de vacunas para niños (Niños de 18 años y menores)

La siguiente declaración nos ayudará a determinar si su hijo(a) puede recibir vacunas a través del programa "Las vacunas para niños" (programa VFC).

Por favor marque lo que es aplicable para el niño recibiendo la vacuna:

- 1. Es elegible para Medi-Cal o el programa de la salud y prevención para los niños (CHDP).
- 2. No tiene seguro médico privado.
- 3. Es indio Americano o nativo de Alaska.

Tiene el paciente Medi-Cal (Adultos de 19 años y mas)? Si No

He leído, o me han explicado la información en esta forma acerca de la influenza y la vacuna de la influenza (VIS). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna, y requiero que me la pongan a mí o a la persona descrita abajo de quien tengo autorización de hacer esta petición. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Nevada registra información de vacunas en el registro de vacunas de California (CAIR). Admito que he recibido una copia de la nota de prácticas privadas del Condado de Nevada. Por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud del Condado de Nevada liberar esta información a mi proveedor médico designado(s), escuela(s), y con mi permiso verbal, a mí mismo.

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente (Padre o tutor si es menor de 18 años)

Cuestionario de revisión para checar elegibilidad para la vacuna

Vacuna viva vacuna inactivada

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede ser vacunado hoy. Sus respuestas nos ayudarán a determinar cuál es la vacuna es apropiada para usted.

Vacuna que recibe la persona

	Si	No	No se
1. Se siente enfermo hoy?			
2. Esta embarazada o se puede embarazar en los próximos 30 días?			
3. Le han puesto la vacuna de la influenza anteriormente?			
4. Alguna vez le ha dado grave reacción la vacuna de la influenza?			
5. Es alérgico(a) a huevos, productos derivados del huevo o al timerosal o látex?			
6. Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal severa)?			
7. Necesita documentación de vacunación? Por favor pida una tarjeta azul .			

NURSE USE ONLY Site of injection: left deltoid left thigh right deltoid right thigh

RN Signature: _____ Date: _____

VIS 8/15/2019