



# Formulario de consentimiento de la gripe

Este vale permite a la persona nombrada a continuación recibir la vacuna antigripal

**TRAER ESTE VOUCHER CON USTED**

**STAFF USE ONLY**

Cash/Credit/Check # \_\_\_\_\_

Contract Pay: \_\_\_\_\_

Insurance: \_\_\_\_\_

KanCare Title 19: ☐ Title 21: ☐

## Vacuna: Pago por contrato de gripe estacional:

### Información demográfica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ o F ☐

## Departamento de Salud del Condado de Thomas

350. S Range Ave., Ste #2

Colby, KS 67701

Teléfono: 785.460.4596

Fax: 785.460.4595

Visite nuestro sitio web en: [www.thomascohealth.com](http://www.thomascohealth.com)

Encuétranos en Facebook: [@thomascountyhealthdept](https://www.facebook.com/thomascountyhealthdept)

### Información del historial de salud (Compruebe la respuesta)

1. ¿Esta persona ha tenido una reacción grave a la vacuna en el pasado? ☐ Sí ☐ No  
1a. ¿La persona tuvo un paro cardíaco, colapsó o llamó al 911 después de recibir la vacuna? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Esta persona tiene alergia a los huevos o a los productos del huevo? ☐ Sí ☐ No  
2a. ¿Ha tenido esta persona una reacción a los óvulos que involucran síntomas distintos de urticaria, como angioedema, dificultad respiratoria, aturdimiento o emesis recurrente; o que requirió epinefrina u otra emergencia intervención médica? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Esta persona ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (GBS)? ☐ Sí ☐ No  
3a. ¿La persona tenía antecedentes de SGB en un plazo de seis semanas después de vacunarse contra la gripe? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Es esta persona alérgica a los productos de timerosal o mercurio? ☐ Sí ☐ No  
4a. ¿La persona experimentó dificultad respiratoria o colapsó con productos de Timerosal? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Esta persona tiene actualmente algún signo o síntoma de COVID-19? ☐ Sí ☐ No  
5a. ¿Un proveedor de atención médica le ha informado a esta persona que usted es un caso sospechoso de COVID-19, independientemente de los signos o síntomas? ☐ Sí ☐ No

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al destinatario de este documento a compartir esta información con entidades de salud pública a nivel local, estatal y federal con el fin de garantizar la eficacia y seguridad de los medicamentos. Se me ha ofrecido un Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Thomas efectivo 1/1/2023.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha firmada: \_\_\_\_\_

### Clinician Use Only:

Vaccine Provided: ☐ IM

Location: ☐ R ☐ L ☐ Deltoid ☐ VL

Clinic Site: \_\_\_\_\_ Vaccinator's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

#### LOT NUMBERS:

Private: **418655 Exp: 6/25/27**

VFC/Chip: **24JY5 Exp: 6/30/27**

317: **24JY5 Exp: 6/30/2027**

High Dose: **418594 Exp: 5/9/27**

#### Vaccine Information Statements

VIS Date: 01/31/2025

WebIZ: \_\_\_\_\_ Scanned: \_\_\_\_\_ Billed: \_\_\_\_\_