



# 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: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

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: 785.460.4596

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.

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: **M3R5B**      Exp. 6/30/2023

VFC: **424R7**      Exp. 6/30/2023

317: **4L5YX**      Exp. 6/30/2023

High Dose: **UT7715AA**      Exp. 6/30/2023

[Vaccine Information Statements](#)

VIS Date: 08/06/2021

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