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
Encuéntranos en Facebook: @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: **950458 / 950465** ***Exp: 6/25/27***
VFC/Chip: **24JY5** ***Exp: 6/30/27***
317: **24JY5** ***Exp: 6/30/2027***
High Dose: **420466** ***Exp: 5/9/27***

Vaccine Information Statements
VIS Date: 01/31/2025

WebIZ: _____ Scanned: _____ Billed: _____