



AUTORIZACION PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Fecha: _____ Nombre: _____ Apellido: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Número de Seguro Social: _____ Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Estado: _____ Número de teléfono: _____

Inyección (\$25.00) que usted tenga algunos de los siguientes:

Soy elegible por Medicare Part B. Número de Medicare: _____

Tengo Medicaid. Número de Medicaid: _____

Tengo seguro medico privado que cubre la vacuna de la influenza.

Nombre: _____ Número: _____

Tengo Hawk-I. Número de Hawk-I: _____

Tengo 18 años, o menos, y no tengo seguro para pagar por mi vacuna contra la influenza. (Sugerido donación de 12.00)

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando las respuestas correctas:

1. ¿Es usted alérgico al pollo, huevos, a las plumas de pollo, o Mercurio? Sí No

2. ¿Alguna vez ha tenido alguna reaccion a la vacuna de influenza? Sí No

Si repuesta Sí, explique: _____

3. ¿Usted ha recibido alguna vez la vacuna contra la influenza? Sí No

4. ¿La persona que va a recibir la vacuna hoy en día esta enferma? Sí No

He leído la información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que la vacuna me sea dada a mí o a la persona cuyo nombre aparece arriba de la cual yo estoy autorizado a hacer esta petición. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema que tenga con esta vacuna. Yo autorizo el cobro de esta vacuna a Medicare, Hawk-I, seguro privado o Medicaid.

Firma del Paciente o Padre: _____ Fecha: _____

*****PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE*****
*****FOR OFFICE USE ONLY*****

Site: Rt / Lt and D / VL

Dose: 0.25 cc IM / 0.5 cc IM

VFC

Clinician Signature: _____

PRIVATE

Is 2nd dose needed? Yes No When? _____

Entered in IRIS: ____/____/____ Initials: _____

Entered in SUCCESS: ____/____/____ Initials: _____