



Neighborhood Medical Center
5917 Beltline Road
Dallas TX 75254
Phone: 972-726-6464
Fax: 972-726-6444
www.neighborhoodmedicalcenter.com

**2019-2020 Vacuna contra la influenza
Formulario de Consentimiento**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: _____ Numero Celular: _____

Antes de dar su consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza por favor, lea las siguientes preguntas y si responde afirmativamente a alguna de las preguntas por favor hable con su proveedor de inmunización.

Preguntas para la Vacuna de influenza (Marque las Casillas apropiadas)

1. Ha sido vacunado contra la gripe e nanos anteriores? Si ___ No ___
2. Tiene fiebre hoy? Si ___ No ___
3. Esta usted actualmente recibiendo quimioterapia, radioterapia o terapia inmunosupresora? Si ___ No ___
4. Ha experimentado problemas significativos despues de la vacunacion? Si ___ No ___
5. Es usted alergico a huevos o plumas de pollo? Si ___ No ___
6. Es usted alergico a la neomicina, polimixina o gentamicina? Si ___ No ___
7. Esta tomando esteriodes, medicamentos inmunosupresores? Si ___ No ___
8. Cortisona o teofilina, warfarina o Dilantin? Si ___ No ___
9. Tiene antecedentes de syndrome de Guillain-Barre? Si ___ No ___
10. Es usted alergico o sensible al Thimersol, Underivado de el mercurio? Si ___ No ___
En caso afirmativo, especifique por favor _____
11. Alguna vez se desmayo cuando se administra una inyeccion? Si ___ No ___
12. PARA MUJERES: Esta embarazada o dando pecho? Si ___ No ___

Consentimiento

Las reacciones adversas asociadas a la vacuna contra la influenza y soy consciente de que una copia de la hoja de informacion sobre drogas fabricantes de vacunas esta disponible en el sitio web de los CDC. Por otra parte, tambien he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta inmunizacion. Yo creo que los beneficios superan a los riesgos y asumo plena responsabilidad por cualquier persona resultar. Mi expediente medico se puede compartir con mi doctor/aseguranza. Renuncio y libero cualquier y todo reclamo, o cualquier persona reclamando por o a traves de mi, ahora tengan, o puedan adquirir en lo sucesivo contra Neighborhood Medical Center y el gerente de la clinica, el director, empleados y agentes de cualquier y todos los danos o lesiones que surjan de o relacionados a la recepcion de la vacuna contra la gripe, incluyendo sin limitacion, si yo, la persona nombrada abajo para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud, la gripe contrato, otras enfermedades respiratorias, o sufrir cualquier otro dano o reacciones adversas, incluida la muerte, despues de administracion de esta vacuna contra la gripe. Solicito que la inmunizacion se dara a mi o a la persona nombrada por los cuales yo soy el guardian legal.

Firma _____ **Fecha** _____

For Office Use Only

QUADRIVALENT (4YRS & OLDER)

LOT # P100115062

EXP: JUNE 17, 2020

Site: _____ IM Deltoid
Provider: Dr. Martin McElva

MA Initials: _____

Date: _____