



Formulario de consentimiento de la gripe

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

TRAER ESTE VOUCHER CON USTED

Vacuna: Pago por contrato de gripe estacional:

Información demográfica

Nombre: _____

Dirección 1: _____

Ciudad, Estado, Zip: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: M o F

STAFF USE ONLY	
Cash/Credit/Check #	_____
Contract Pay:	_____
Insurance:	_____
KanCare Title 19:	<input type="checkbox"/>
Title 21:	<input type="checkbox"/>

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

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: _____

<u>LOT NUMBERS:</u>	
Private: 9CE79	Exp. 6/30/2024
VFC:	
317:	
High Dose: UT8079AA	Exp. 6/30/2024

Vaccine Information Statements

VIS Date: 08/06/2021

WebIZ: _____ Scanned: _____ Billed: _____