

Nevada Division of Public and Behavioral Health
Rural and Community Health Services
2020-21 Seasonal Influenza Consent Form

Insight # _____
WebIZ # _____

Por favor con letra imprenta conteste la siguiente informacion:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad Estado Codigo postal _____

#Telefono _____ Sexo Male Female Edad _____ Hispano Si No
Su raza: Blanco / Africano Americano / Indio Americano –Nativo de Alaska / Asiático / Nativo Hawaiano-Islas Pacificas

Por favor conteste las siguientes preguntas. Marque una casilla por pregunta.

- | | SI | No |
|---|------------------------------------|---|
| 1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Podemos inmunizar ha usted, o ha su hijo/hija hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Por favor indique su estado de seguro (no recibirás una factura, es sólo con fines informativos) | <input type="checkbox"/> Asegurado | <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid |

Consentimiento y Declaración de Liberación

He recibido y entiendo la declaración de información de la vacuna para la gripe debe ser administrada a mí o a la persona nombrada arriba, para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición. También autorizo a mi información de inmunización o la persona nombrada arriba, para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición para ser almacenada y visitada por los usuarios en el sistema informático de Nevada "WebIZ" a menos que indique lo contrario.

Firma _____

Fecha _____

For Office Use Only

Influenza Quad Inj (*FluLaval Quad PF 2020-2021 0.5mL sd syr*) (6 months +):

317 LOT# 494S5 Exp. 6/30/2021

SITE: IM Deltoid: Left Right
IM Thigh: Left Right

Nurse/EMS/Pharmacist Signature _____

White Pine County Community Health
297 Nevada Northern Rail Way, Suite 5
Ely, NV 89301

Homebound
 Clinic _____
 POD _____
 Other _____

Entered into WebIZ