



**Dignity Health**  
 Chandler Regional Medical Center  
 CRMC/Community Wellness  
 1349 W. Chandler Blvd., Suite 100,  
 Chandler, Az.85224

**Citas:** Favor de llamar Lunes a Jueves 9am-12pm  
 Línea de Información Español 480-728-3777  
 Mascaras están obligatorias. Por favor traiga sus cartillas de vacunas y un bolígrafo para su uso personal. Solo los niños que tienen cita y un adulto podrán entrar en el centro. Si usted o el niño, ha tenido esta tipo de síntomas en las últimas 24 horas: fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, nausea o diarrea por favor retrase su visita.

## Consentimiento de Niños para la Vacuna de Influenza(Flu)

### ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**PRIMER NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **SEGUNDO NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**GENERO/SEXO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **POSTAL** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE SOLTERA DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_

### MARQUE UNO:

- (0) \_\_\_\_\_ está inscrito en **Kids Care**?
- (1) \_\_\_\_\_ está inscrito en el (AHCCCS)? ¿En qué plan? \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_ **no tiene** seguro médico.
- (3) \_\_\_\_\_ es indio americano o nativo de Alaska.
- (4) \_\_\_\_\_ cuenta con un seguro particular que **no cubre** la vacuna de Influenza
- (5) \_\_\_\_\_ **cuenta con seguro particular** que paga la vacuna de Influenza.

He leído o se me ha explicado la información contenida en el documento de **Información acerca de la vacuna (flu) de influenza con fecha de 8/15/19**. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la Vacuna de Influenza, y pido que la vacuna me sea dada. **FIRMA DE LA PERSONA O TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_

Efectiva 14 de abril 2003 la ley requiere que **Chandler Regional Medical Center** dar a un paciente una copia de su Aviso de prácticas de privacidad de información de salud. Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, a partir de entonces en la visita siguiente tratamiento. Al firmar abajo, usted reconoce el recibo de como el paciente, representante personal del paciente, el agente autorizado del paciente, o de un individuo involucrado en la atención médica del paciente.

**FIRMA DE LA PERSONA O TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Tiene fiebre o sufre de una infección el día de hoy?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Usted ha tenido esta tipo de síntomas en las últimas 24 horas: fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, nausea o diarrea	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Es alérgico(a) a huevos?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Es alérgico(a) a Timerosol	<b>SI</b>	<b>NO</b>
En el pasado ha sufrido una reacción seria con una dosis de la vacuna de influenza (flu)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha sufrido o sufre del Síndrome de Guillain-Barre?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

### USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.

DATE VIS & Vaccine given	FUNDING	VACCINE	MANUFACTURER LOT #	ROUTE	SITE	Reviewed and ADMINISTERED BY
		IIV4		IM		