

Formulario de consentimiento de vacunación contra la gripe 2022-2023



ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA – el formulario debe estar completado para recibir una vacuna contra la gripe

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

APELLIDO: _____ **1.º NOMBRE:** _____ **IN. 2.º NOM:** _____

Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	F. de nac.: <input type="checkbox"/> si es menor de 18	Tel.: ()
Dirección (calle, ciudad, estado, C.P.):		

Alguna vez tuvo:

Comentarios del enfermero

Reacción potencialmente mortal a una vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Síndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Alergia grave a los huevos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
¿Está actualmente enfermo con fiebre?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

He leído/me explicaron la información sobre la gripe y la vacuna contra la gripe (VIS 08/ago./2021). Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se me respondieron satisfactoriamente. Considero que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y pido que se me administre la vacuna a mí o a la persona que se nombra arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto que ni Cascade Health ni su patrocinador tendrán responsabilidad alguna si contraigo la gripe u otra enfermedad respiratoria, o si sufro alguna reacción adversa después de recibir la vacuna contra la gripe. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la divulgación de este formulario de consentimiento a mi empleador/compañía de seguros para fines de facturación; excepto que yo mismo pague por la vacuna en cuyo caso no será necesaria la divulgación.

Firma: _____ **Fecha:** _____

CLINIC USE ONLY			
Fed Tax ID	93-0421470	Clinic Location: Cascade Health	
NPI#	1477714467	MFG: GSK	Date Given
CPT (Vaccine)	90686	LOT#: <input type="checkbox"/> 53Y2G (Green box) Exp. 06/30/23	
CPT (Admin)	90471	LOT#: <input type="checkbox"/> 9249L (Blue box) Exp. 06/30/23	
Dx Code	Z23	LOT#: <input type="checkbox"/> Exp.	
Charge	\$34.00	LOT#: <input type="checkbox"/> Exp.	
		Injection Site: <input checked="" type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> R Upper Deltoid <input type="checkbox"/> L Upper Deltoid	

Adolf RN	Sarah
Anderson RN	Ann
Chavez MOA	Jessica
Cline MOA	Curtis
deBroekert RN	Martha
Dochstuhl RN	Annie
Dutton RN	Becky
Feldman RN	Cindi
Flume MOA	Katie
Fox EMT	Madeline
Gehart MOA	Ben
Gregory EMT	Alexis
Hernandez Triana EMT	Victor
Johnson MOA	Elysia

Kehl RN	Jennifer
Kent EMT	Ruby
Knowlton RN	Karen
Lamarque EMT	Gabrielle
Malmgren EMT	Jim
Marks RN	Carla
Meyers EMT	Desire
Michels RN	Deb
Sahara RN	Mary Joy
Schwindt MOA	Angela
Selander MOA	Trevor
Shrank RN	Jan
Spear RN	Sheila
Vait RN	Rita