2024-25 Formulario de consentimiento para la gripe para adultos

Parker County Hospital District
Outreach
1115 Pecan Drive Weatherford, TX 76086
(817) 458-3254 www.pchdtx.gov

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

nombre completo:

Fecha De Nacimiento: AÑOS: GÉNERO: ○ MASCULINO ○ FEMENINO

DIRECCIÓN:

CIUDAD: CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: / /

INFORMACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS (POR FAVOR, RELLENE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA):

Al completar la siguiente sección de seguro, autorizo el pago de beneficios médicos por cualquier servicio prestado. Esta información se utilizará con el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.

☐ AETNA ☐ BLUE CROSS ☐ CIGNA ☐ HUMANA ☐ UNITED

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: / /

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO (POLÍTICA):

NÚMERO DE GRUPO:

☐ TRICARE (SEGURO MILITAR)

Nombre del titular del seguro principal:

Fecha de nacimiento del titular del seguro primario: / /

Número de seguro social del titular del seguro primario:

Número DOD del titular del seguro primario:

★ VACCINATION AND HEALTH QUESTIONS: ★

☐	1. ¿La persona a vacunarse se siente enferma hoy?	SI	NO
☐	2. ¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe?	SI	NO
☐	3. ¿El paciente es alérgico a algún componente de la vacuna contra la gripe?	SI	NO
☐	4. ¿Alguna vez el paciente ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?	SI	NO
☐	5. ¿Alguna vez el paciente se ha sentido mareado o desmayado antes, durante o después de una inyección?	SI	NO

Autorización para la Administración de la Vacuna contra la Influenza

Estoy proporcionando este formulario de consentimiento al Distrito de Hospitales del Condado de Parker para que pueda recibir la vacuna contra la influenza. He leído y comprendo la información que he recibido sobre los posibles beneficios y efectos secundarios de la vacuna contra la soy elegible para recibir la vacuna contra la influenza en esta fecha. Me siento bien hoy y no he tenido fiebre recientemente. Entiendo que no se puede garantizar que la vacuna contra la influenza me dará inmunidad contra cualquier tipo de influenza. Por la presente reconozco que he recibido acceso a la Hoja de Información de la Vacuna con respecto a la Vacuna contra la Influenza. Libero al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por vacunarme contra la influenza. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con recibir la vacuna. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas respondidas. ntiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré al PCHD/empleador/escuela sobre cualquier cambio antes de vacunarme.

Tu firma aquí

Firma del paciente Fecha

PCHD Staff Signature Date

Clinic Location: _____

Date: __/_____/_____

Vaccine Lot #: _____

Expiration Date: _____

Location: LA RA

Administered by: _____

Para información detallada sobre la vacuna contra la gripe, escanea este código QR con Tu teléfono