



2026-27 Formulario de consentimiento para la gripe para adultos



1115 Pecan Drive Weatherford, TX 76086
(817) 458-3254 pchdtx.gov

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

nombre completo: _____

Fecha F Nacimiento: _____

AÑOS: _____

GÉNERO: ☐

MASCULINO

☐

FEMENINO

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

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

☐

AETNA

☐

BLUE CROSS

☐

CIGNA

☐

UNITED

☐

OTHER

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 de la póliza de seguro: _____

Cumpleaños del titular
de la póliza de seguro

Número de Seguro Social del titular de la póliza de seguro: _____

Número DOD del titular de la póliza de seguro: _____

☐

Medicare **** (debe presentar su tarjeta antes de la vacunación) ****

☐

No hay cobertura de seguro en este momento.



VACUNACIÓN Y PREGUNTAS DE SALUD:

☐

1. ¿La persona que se va a vacunar 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 se le ha diagnosticado al paciente 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 Hospitalario del Condado de Parker para que me puedan administrar la vacuna contra la influenza. He leído y entiendo la información que he recibido sobre los posibles beneficios y efectos secundarios de la vacuna contra la influenza. Por la presente reconozco que, en base a la información que se me presenta, soy elegible para recibir la vacuna contra la influenza en esta fecha. Hoy me siento bien y no he tenido fiebre recientemente. Entiendo que no se puede asegurar que la vacuna contra la influenza me dará inmunidad contra contraer CUALQUIER cepa de influenza. Por la presente reconozco que he recibido acceso a una copia de la Hoja de información sobre vacunas, a través del código QR proporcionado, sobre la vacuna contra la influenza 2026-2027. Libero al Distrito Hospitalario del Condado de Parker, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por administrarme la vacuna contra la influenza. Acepto responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema asociado con mi recepción de la vacuna. He tenido la oportunidad de obtener respuestas a todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y haré que PCHD esté al tanto de cualquier cambio antes de vacunarse.



firma aquí

Firma de Patient

Fecha de hoy

PCHD Staff Signature

Date

Clinic Location: _____

Location:

Date: ____/____/____

LA RA

Vaccine Lot #: _____

Expiration Date: _____

Administered by: _____

Revised 8/2026

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

