



**Franciscan
Healthcare**

Your health is our passion.

Influenza Vaccination Consentimiento

TRAIGA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO ACTUAL

TARJETA DE SEGURO

- Foto
- Copia

PACIENTE *(utilice el nombre legal)*

Nombre (apellido) _____ (primer) _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Seguro Social # _____

Estatus Marital _____

Nombre de cónyuge _____ Fecha de Nacimiento _____

Raza _____ Idioma: Español Inglés Otro _____

Dirección *(Física, P.O. Box)* _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono (Casa) _____ (Celular) _____

Correo Electrónico _____

EMPLEO DEL PACIENTE *(circule)* Tiempo Completo Tiempo Parcial Cuenta Propia

Nombre de Empleador/Nombre de Negocio _____

Dirección *(Física, P.O. Box)* _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono (Principal) _____

Nombre de contacto (Si Compensación de trabajadores) _____

GARANTE *(utilizar nombre legal)* Relación de garante con el paciente _____

Nombre (último) _____ (primero) _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Seguro Social # _____

Dirección *(Física, P.O. Box)* _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono (Inicio) _____ (Celular) _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL ASEGURADOR

Asegurado _____

Nombre de empleador/Nombre de Negocio _____

Dirección *(Física, P.O. Box)* _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono (principal) _____



Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Doctor _____

¿Ha recibido una vacuna antigripal en los últimos 30 días? Si No

(En caso afirmativo, no se indica la vacunación. Si no, continúe la evaluación de contraindicaciones.)

¿Alguna vez has tenido una reacción grave (anafiláctica) a una vacuna contra la gripe? Si No

¿Es alérgico a los huevos o productos de huevo, a los productos que contienen timerosal (solución de lentes de contacto con los ojos) o a los productos que contienen mercurio? Si No

¿Tiene actualmente una enfermedad con fiebre? Si No

Consentimiento para la inyección de gripe:

La información sobre la declaración de la vacuna contra la gripe estaba disponible para mí. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna se me administrara a mí o a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema con esta vacunación. Franciscan Healthcare facturará a su compañía de seguros. Autorizo el pago directo de beneficios a Franciscan Healthcare. Seré responsable de todo el saldo no desembolsado de la reclamación en la medida permitida por la ley.

Firma del paciente/padre/tutor _____ Fecha _____