Child

Vacuna contra la Gripe
Forma de Evaluación, Liberación y Consentimiento para Niños

Nombre del Niño: _____ Género: M___ F___ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad:_____ Condado: _____

Teléfono: _____ Doctor: _____

Evaluación del Estado de Vacunas contra la Gripe:

¿Ha recibido el niño una vacuna contra la gripe éste año?	Sí	No
¿Ha tenido el niño una reacción grave a la vacuna contra la gripe?	Sí	No
¿Es el niño es alérgico al huevo?	Si	No
¿Tiene el niño en éste momento fiebre?	Sí	No

He leído o me han explicado la información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la gripe (Influenza) y he solicitado que me ponga ésta vacuna a mi, o a la persona nombrada anteriormente para la cual soy autorizada a hacer ésta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica si hay problemas con ésta vacuna. Yo autorizo el cobro de ésta vacuna a mi seguro médico. También reconozco que tengo la oportunidad de recibir una copia de "Notice of Privacy Practices" del Departamento de Salud con fecha de 9/2013.

Firma: _____

Por favor regrese ésta hoja a empleado del Depto. de Salud.

For Nurses Use Only

SITE: RD/LD Lot#: _____ Expiration Date: _____

Manufacturer: _____ Administered By:_____