



MERIDEN HEALTH AND HUMAN SERVICES DEPARTMENT

\*\*\*ADULT\*\*\*

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INMUNIZACIÓN DE INFLUENZA

Nombre (en mayúsculas) Inicial Fecha de Nacimiento Sexo

Dirección Ciudad ZIP estado

Número de teléfono de casa Número Celular

Número de Medicare Número de Medicare HMO Husky (solo adultos)

Número de Cigna Número de Aetna

Yes No ¿Eres alérgico a los huevos o productos de huevo?

Yes No ¿Es alérgico al timerosal, a la neomicina, a la polimixina o al látex?

Yes No ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la gripe?

Yes No ¿Estás enfermo con fiebre?

Yes No ¿Has tenido el Síndrome de Guillan-Barre?

Yes No ¿Tienes un desorden neurológico activo?

He leído o me han explicado la hoja de información sobre la vacuna contra la gripe (vacuna contra la gripe). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna como se describe. Solicito que se me administre la vacuna contra la influenza (o la persona nombrada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesaria para procesar un formulario de Medicare / seguro.

X Firma del destinatario (o padre / tutor) Fecha

X Firma de la persona que completa el formulario para el destinatario Fecha

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE -FOR CLINIC USE ONLY

Fluzone HD Lot#: UJ7 Mfr. SP Site: Date on VIS: 8/21 Vaccinator/date:

Flulaval Lot#: E9R Mfr. GS Site: Date on VIS: 8/21 Vaccinator/date: