



Salud Pública del Condado de Tuolumne
 20111 Cedar Road North
 Sonora, CA 95370
 (209) 533-7401
 www.tuolumnecounty.ca.gov

Formulario de Consentimiento / Registro del Cliente
 Clínica de Vacunación Contra la Influenza

Solo Para Oficina	Date:	Vaccine Lot #:
	<input type="checkbox"/> Screening Reviewed	
	<input type="checkbox"/> Provider Signature	

Persona recibiendo la vacuna

Nombre	Apellido		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Email		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	

Padre o Tutor Legal (si corresponde)	
Nombre	Apellido
Relación Con el Cliente	Teléfono

Preguntas acerca de la persona que recibe la vacuna (marque sí o no)

1. ¿Te sientes mal hoy (día de la clínica)? Si responde que sí, por favor no asista a la clínica de gripe.	SI	NO
2. ¿Se ha vacunado anteriormente contra la gripe?	SI	NO
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	SI	NO
4. ¿Es alérgico a un componente * de la vacuna? (* MSG, arginina, gentamicina, gelatina)	SI	NO
5. ¿Alguna vez le han diagnosticado el síndrome de Guillain-Barré?	SI	NO
6. ¿Está embarazada o posiblemente embarazada?	SI	NO

Si respondió SI a cualquiera de las preguntas 3 a 6, comuníquese con su proveedor médico para recibir una vacuna contra la gripe.

Consentimiento Para Administrar la Vacuna e Ingresar Información en el Registro de Inmunizaciones

A mi leal saber y entender, entiendo los beneficios y / o riesgos de la vacuna contra la influenza. Por la presente doy mi consentimiento al personal de Salud Pública del Condado de Tuolumne para la administración de la vacuna para mí o para la persona para la que estoy autorizado a realizar dicha solicitud. He recibido una copia actualizada de la Declaración de Información Sobre Vacunas. Entiendo que yo tendré la oportunidad de hacer preguntas y recibir una respuesta satisfactoria. El departamento de salud es autorizado para ingresar mi información de vacunación en la base de datos de vacunación de todo el estado. La información podría compartirse con mi proveedor de atención médica como parte de mi historial médico.

Firma:	Fecha:
Relación con el cliente:	