

FORMA de GRIPE

Time In: _____

Time Out: _____

APPELLIDO: _____ NOMBRE: _____ APELLIDO : _____

DIRECCION: _____ CIUDAD/ESTADO: _____ NUMERO POSTAL: _____

SEGURO SOCIAL #: _____ / _____ / _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

TELEFONO #: _____

**La Vacuna inactivada contra la gripe
Declaración de Información de Vacuna**

Recibí o se me ofrecido una copia de la declaración de información de vacunas (VIS) para la vacuna contra la gripe inactivada. Conozco los riesgos de la enfermedad de la Gripe que esta vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos de la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades que la vacuna previene, la vacuna, y la vía de administración. Sé que la persona que recibirá la vacuna tendrá la vacuna en su cuerpo para evitar que la enfermedad que esta vacuna previene. Soy un adulto que puede consentir legalmente a la persona nombrada arriba para recibir la vacuna. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Divulgación de información de salud protegida

Nuestro compromiso aquí en CCNCPHD es servir a nuestros clientes con profesionalismo y cuidado, asegurándose en todo momento para proteger la privacidad y seguridad de toda información de salud protegida. Durante el curso de servir a sus intereses puede ser necesario compartir información con otros profesionales de la salud o socios de negocios. Los siguientes son ejemplos de casos donde la información puede ser compartida:

- Durante el tratamiento, análisis de laboratorio puede ser necesario
- Para propósitos de pago, podemos utilizar los servicios de un servicio de facturación de cobro
- Durante las operaciones de atención médicas, puede que necesitemos una segunda opinión para la consulta con un subcontratista / médico o la necesidad de compartir información entre departamentos dentro del Departamento de salud para programas futuros a su disposición para mejorar la atención al paciente / problemas de salud.

Aquí en CCNCPHD estamos comprometidos a obedecer todas las leyes federales, estatales y locales y normas sobre prácticas de privacidad. Si se necesitan otros usos o divulgaciones que los mencionados anteriormente, información solo saldrá con la autorización por escrito de la persona en cuestión. Esta autorización será revocable en cualquier momento por el individuo, previstas por la ley. Si usted tiene alguna pregunta o comentario con respecto a su información protegida de salud, no dude en contactar a nuestro oficial de cumplimiento. He leído y entiendo el aviso anterior de prácticas de privacidad.

Firma de la persona que recibe la vacuna o persona autorizada para hacer esta solicitud (padre o guardián):

X _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre / Guardián: _____ Favor de Marcar: Madre Padre Guardián

Por favor, complete: Respuestas serán revisadas por la enfermera

		Si	No	No Se
1.	¿Tiene alergias a huevos o a algún componente de huevos?			
2.	¿Ha tenido una reacción grave a la vacuna de gripe en el pasado?			
3.	¿Está enfermo hoy?			
4.	¿Tiene fiebre hoy?			
5.	¿Alguna vez ha tenido la síndrome Guillain-Barre? (Trastorno de Sistema nervioso)			

SÓLO PARA USO CLÍNICA

Corpus Christi – Nueces County Public Health District - Immunizations Clinic
1702 Horne Road Corpus Christi, TX 78414 (361) 826-7238

Vaccine Given: _____

Site of Injection: _____

Nurses' Signature: _____

Date: ____/____/____