



**MILE HI IMMUNIZATIONS, LLC**  
 2000 Wadsworth Blvd #300, Lakewood, CO 80214  
 303-374-3374 phone      303-374-8656 fax

**2016 FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA**  
**SOLO PARA MAYORES DE 6 MESAS**

NOMBRE APELLIDO										NOMBRE										INICIAL	
DOMICILIO																					
CIUDAD										ESTADO			CODIGO POSTAL				TELFONO				
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO						EDAD													
M / F	M M		/		D D		/		Y Y		Y Y										

He leído las reacciones adversas de la vacuna de la influenza. Tengo el conocimiento de que hay una copia de la información sobre la manufactura de la vacuna por el fabricante. También se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna. Creo que los beneficios de la vacuna son mayores que los riesgos y será mi responsabilidad cualquier reacción a la misma. Autorizo a compartir mi historial medico con mi doctor y compañía de seguros. Yo declino a hacer algún reclamo o cualquier reclamación hecha en mi nombre, ahora o en cualquier otra instancia en contra de Mile Hi Immunizations y la clínica que aplicó esta vacuna incluyendo a sus respectivos directivos, empleados y agentes, por daños y perjuicios a mi o a la persona cuyo nombre aparece en esta forma y a quien yo estoy representando, en caso de que contraiga la influenza, otra enfermedad respiratoria, o sufra alguna otra reacción adversa a esta vacuna. Por medio de esta solicitud yo estoy pidiendo que se me aplique la vacuna, o se le aplique la vacuna a la persona cuyo nombre aparece en esta forma, de la cual soy su tutor o representante legal.

X \_\_\_\_\_ (Firma/Reprentante legal) Fecha: \_\_\_\_\_

**Precauciones y contraindicaciones: Por favor circule "Si" o "No" para cada pregunta.**

¿Le han dado antes la vacuna de la influenza? .....	Si	No
¿Está actualmente recibiendo quimioterapia, radiación o terapia contra la inmunodeficiencia? .....	Si	No
¿Está embarazada? (la política de la empresa nos impide vacunar a mujeres embarazadas).....	Si	No
¿Sabe usted de alguna reacción alérgica que le produzca esta vacuna? .....	Si	No
¿Ha tenido alguna reacción alérgica a cualquier otra vacuna ? .....	Si	No
Por favor especifique el tipo de reacción _____		
¿Ha tenido en su historia médica el síndrome de Gullain-Barre? .....	Si	No
¿Ha tenido alergias o es sensible al huevo, proteínas de huevo, pollo o plumas? .....	Si	No
¿Es usted hipersensible a algún componente de esta vacuna incluyendo el timerosal? .....	Si	No
¿Es usted alérgico al latex? (guantes) .....	Si	No
¿Tiene usted ahora fiebre, alguna enfermedad respiratoria o algún otro tipo de infección? .....	Si	No

BASADA EN LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS, LA ENFERMERA LO REMITIRA CON EL DOCTOR PARA SU INYECCION.

**Por OBSERVACION: Por favor quédese en la clínica por 10 minutos después de la vacuna. Sí usted se va antes de este periodo, lo hace bajo su propio riesgo. Su seguridad es nuestra prioridad.**

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY NURSE**  
 (Please note, if one of the following is NOT a clear choice, shot must be paid for at time of service):

Customer \_\_\_\_\_ Employee \_\_\_\_\_ Insurance \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_

Bill Company \_\_\_\_\_ Cash \_\_\_\_\_ Check \_\_\_\_\_ Credit card \_\_\_\_\_

SITE:       LD /  RD      NURSE'S INITIALS: \_\_\_\_\_

LOT #:            CLINIC DATE:   /   /