

2011-12 Injectable Influenza Consent/ Autorización para la vacuna inyectable contra la influenza

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____
 Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____
 Address/ Dirección: _____
 City/Ciudad, Zip/ Código Postal: _____ Phone Number/número de teléfono: _____

Mark one of the following/ Marque uno del siguiente:

- _____ I am 18 or under/ Tengo 18 años o menos
- _____ My health insurance covers flu immunizations. Cost \$30/Mi seguro médico cubre el costo de la vacuna contra la influenza. **Costo: \$30.** (Receipt available upon request./ Recibos disponibles.)
- _____ I am on Medicaid, have no health insurance, or my health insurance does not cover flu immunizations. **\$12 suggested donation./ Tengo Medicaid, no tengo seguro médico, o mi seguro médico no cubre la vacuna contra la influenza. Donación sugerida: \$12.**
- _____ I am 19 or over. **Cost \$30.** Receipt available upon request./ Tengo por lo menos 19 años. **Costo: \$30.** Recibos disponibles.
- _____ I am Medicare Part B eligible, my Medicare number is _____./ Soy eligible por Medicare Part B, mi número de medicare es _____

- Do you have an allergy to eggs or to a component of the influenza vaccine?** Yes/Sí No
 ¿Tiene usted alergias a huevos o a un componente de la vacuna contra la influenza?
- Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome (French polio)?** Yes/Sí No
 ¿Tiene usted una historia del síndrome de Guillain-Barre (polio francés)?
- Are you ill today?** ¿Está enfermo hoy? Yes/Sí No

I have read the information and have had the chance to ask questions. I understand the benefits and risks of the 2011-12 Seasonal Influenza Vaccine and ask that the vaccine be given to me, or the person named above. I accept responsibility for seeking medical attention for any problems with this vaccination. He leído la información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza temporal del 2011-12 y pido que me vacune a mí o a la persona cuyo nombre aparece arriba. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema que tenga con esta vacuna.

Patient or Parent Signature/Firma de Paciente o Padre: _____

For Clinic Use						
Vaccine	Date	Manufacturer	Site	Lot #	Dosage	Administered by:
Injectable Influenza						