



ENFERMERÍA COMUNITARIA DE SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA GRIPE

Rellene lo siguiente para la persona que va a ser vacunada

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
Teléfono: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____
Dirección postal: _____
Ciudad/estado/código postal: _____
Nombre completo del padre/tutor _____
Apellido de soltera de la madre: _____
☐ Chequeo de Medicaid/NV #: _____ ☐ Sin seguro (*si es posible, adjunte un pago de \$20)

Preguntas para la persona que se vacune hoy:

1. ¿Está enferma hoy la persona que se va a vacunar? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuáles son sus síntomas?
2. La persona, ¿ha sido vacunada contra la influenza (gripe) en el pasado? ☐ Si ☐ No
3. ¿La persona tiene alguna alergia, como al látex? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, enumere cuáles son sus alergias:
4. ¿La persona alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, por favor explique:
5. ¿La persona ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré en el pasado? ☐ Si ☐ No

CHN debe hacer las siguientes preguntas de acuerdo con la ley estatal: NRS 449.104

- Raza (Marque lo que correspondan):** ☐ Elijo no revelar ☐ Blanco ☐ Asiático
☐ Isleño del Pacífico ☐ Afroamericano/Negro
☐ Oriente Medio o Norte de África
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Otro
- Etnicidad (Marque una):** ☐ Elijo no revelar ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino
- Orientación sexual (Marque una):** ☐ Elijo no revelar ☐ Heterosexual ☐ Bisexual
☐ Gay, Lesbiana u Homosexual ☐ Otro ☐ No lo
- Sexo al nacer (Marque una):** ☐ Elijo no revelar ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro
☐ Categoría de género adicional u otra, por favor describa: _____
- Identidad de género (Marque una):** ☐ Elijo no revelar ☐ Femenino ☐ Masculino
☐ Género queer
☐ Mujer a hombre/Hombre transgénero/Hombre trans
☐ Hombre a mujer/Mujer transgénero/Mujer trans
- Pronombres preferidos (Marque una):** ☐ El, Su ☐ Ella, Suya ☐ Ellos, Su ☐ Otro ☐ Sin preferencia

Lea y firme:

- He recibido y comprendido la(s) declaración(es) de información sobre la(s) vacuna(s) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas que se me administrarán a mí o a la persona nombrada anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.
- Acepto permitir que mi información de vacunación, o la de la persona nombrada anteriormente, para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud, se almacene y sea accedida por usuarios autorizados en el sistema informático "Nevada's WebIZ", a menos que indique lo contrario.



ENFERMERÍA COMUNITARIA DE SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA GRIPE

Lea y firme:

- En caso de lesión por pinchazo de aguja o exposición a sangre o fluidos corporales, también acepto que se analice mi sangre para detectar bacterias o virus transmitidos por la sangre que puedan causar enfermedades, o la persona nombrada anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

Se requiere la firma del padre/tutor si es menor de 18 años.

Solo Para Uso De La Oficina

☐ Influenza, P-Free (_____ 2025-2026 0.5mL sd syr) (6 months+)

☐ 317 Lot _____ Exp. _____ Site: IM Deltoid: Left Right
IM Thigh: Left Right

☐ Influenza, P Free (_____ 2025-2026 0.5mL sd syr) (6 months+)

☐ 317 Lot _____ Exp. _____ Site: IM Deltoid: Left Right
IM Thigh: Left Right

Administered by: _____ Date: _____

WebIZ#: _____