MHI Health
Mile Hi Immunizations & Healthcare Services

MILE HI IMMUNIZATIONS, LLC
283 Columbine Street #150, Denver, CO 80206
303-374-3374 phone 303-374-8656 fax

2010 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 manofactura 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):

Please Choose One: ☐**Customer** ☐**Employee** ☐**Medicare B** ☐**Insurance** _____

Please Choose One: ☐ **Cash** ☐ **Check** ☐ **Pd to Store** ☐ **Bill Company**

SITE: ☐LD / ☐RD NURSE’S INITIALS: _____

LOT #: CLINIC DATE: / / 2 0 1 0