



Effingham County Health Department

"Where Prevention Begins"



901 West Virginia Avenue
Effingham, Illinois 62401

Phone (217) 342-9237
Fax (217) 342-9324

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ FECHA: _____

Consentimiento

Se me ha ofrecido o proporcionado la información actualizada de la vacuna de la influenza (VIS). Me han ofrecido la oportunidad de formular preguntas acerca de la enfermedad y la vacunación. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación. Comprendo que los adultos reciben una sola dosis igual que los menores quienes la han recibido en el pasado.

Entiendo que la vacuna no será totalmente efectiva hasta 2 semanas después de haberla recibido; sin embargo, con las vacunas, no se garantiza que seré inmune contra la enfermedad, o que no tendé efectos secundarios. Comprendo que uno no debería recibir la vacuna si se es alérgico (a) a los huevos; o si en el pasado ha tenido reacciones adversas a la vacuna de la influenza, o si ha sido diagnosticado (a) con el Síndrome de Guillain- Barre. Solicito la vacuna contra la influenza para la temporada de 2022-2023 para mi o para la persona de la cual puedo dar consentimiento.

Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Effingham para enviar cuenta de cobro al sistema Medicaid, Medicare, o la empresa privada de salud por la administración de esta vacuna.

También autorizo al Departamento de Salud para agregar la fecha de esta vacunación al Sistema de Registro Médico Electrónico del Estado de Illinois llamado I-Care

Firma del paciente _____ Fecha _____
o del representante legal

Testigo/ Administrdo por: _____ Fecha _____

CLINIC/OFFICE USE ONLY

Vaccine: Lot # _____ Expiration Date: **06/30/2024**
Site: Right _____ Left _____ Deltoid _____ Thigh _____

Eligibility: 317 _____ Private _____ VFC _____

Nurse: SDuplayee KEnloe KHowell KHughes DLuken LOhnesorge