

# REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Departamento de Salud del Municipio de Hamilton  
2100 Greenwood Ave, Hamilton, NJ 08609



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

<b>OFFICIAL USE ONLY</b>			
<input type="checkbox"/> PVT	<input type="checkbox"/> HD	<input type="checkbox"/> 317	<input type="checkbox"/> T-F

Por favor escribe claramente

NOMBRE (apellido, primer nombre)			
DIRECCIÓN		CORREO ELECTRÓNICO	
MUNICIPALIDAD		ESTADO	ZIP
Nº DE TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO
MEDICARE Parte B #	COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: ID#		# de GRUPO
<b>Por favor conteste las siguientes preguntas:</b>			
			<b>Sí</b>
			<b>No</b>
			<b>HTHD</b>
1. ¿La persona que se va a vacunar está enfermo hoy?			
2. ¿La persona que se va a vacunar tiene alergia a los huevos o a un componente de la vacuna?			
3. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido una reacción grave a la vacuna contra influenza antes?			
4. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido antes el síndrome de Guillain-Barre o cualquier otro trastorno neurológico o neuromuscular?			

- **Yo he leído o la División de Salud del Municipio de Hamilton (HTHD) me explicó** la información adjunta sobre la influenza y la vacuna contra Influenza. Yo tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la influenza y la vacuna contra Influenza que fueron contestados a mi satisfacción, y tengo 18 años o más. He sido informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Yo no soy alérgico a la epinefrina (adrenalina) el medicamento que se usa contra una reacción alérgica a la vacuna contra influenza. Yo no soy alérgico al látex. Yo actualmente no tengo fiebre o síntomas de una infección aguda. Nunca he sufrido con el síndrome de Guillain-Barre o cualquier otro trastorno neurológico.
- Yo entiendo que la inmunización recomendada es de una dosis. Yo entiendo que recibiendo la vacuna no me protege totalmente contra la influenza u otras enfermedades que parece a la influenza. Yo entiendo que si yo tengo una condición de (o estoy recibiendo tratamiento que causa) supresión inmune (la reducción de la capacidad de mi cuerpo para combatir infección o enfermedades) la eficacia de la vacuna puede disminuir. Yo entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna.
- Yo (o el individuo por lo cual estoy firmando en su nombre) autorizo la divulgación de toda la información necesaria para el uso de salud público, incluso a reportes a los registros de vacunas aplicables (New Jersey Immunization Information System (NJIS))
- **Yo entiendo que es la responsabilidad mía de quedarme en la zona de la vacunación por 15 minutos después que yo recibí la vacuna, en caso que yo tenga una reacción adversa.**
- Yo acepto recibir la vacuna contra Influenza, y yo libero **la municipalidad de Hamilton, el Departamento de Salud, y sus empleados, servidores, representativos, oficiales, y agentes (juntos, las "Indemnizaciones")** de cualquier responsabilidad por darme (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) la vacuna contra Influenza. Yo acepto indemnizar, defender, y mantener las indemnizaciones sin ofensa de cualquier clamor hecho por cualquier persona, (incluyendo la persona por la cual estoy firmando en su nombre). Si la Parte B de Medicare es elegible, u otro seguro está proveído, yo autorizo HTHD para facturar Parte B de Medicare u otro seguro para la inmunización y yo autorizo Medicare u otros beneficios del seguro a pagar directamente a HTHD.
- **Mi firma en esta forma significa que toda la información proporcionada en la Registro y Consentimiento es verdad al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que esta forma y mi firma abajo son vinculantes para mí, mis herederos, sucesores y representativos personales y legales, así como los de la persona por la cual estoy firmando en su nombre. Si no soy la persona que va a recibir la vacuna. Yo garantizo que tengo la autorización para acceder por la persona quién va a recibir la vacuna.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación de la persona que se va a vacunar (circule uno): PROPIO PADRE TUTOR PODER MEDICO

<b>OFFICIAL USE ONLY</b>		Manufacturer: _____	
Vaccination Site: <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid		Lot Number: _____	
		Expiration Date: _____	
Clinic Location: _____		VIS Publication Date: _____ Date Given: _____	
Vaccine Administered By: _____		Date: _____	