



420 W. 15th Ave.,
 Emporia, KS 66801
 620.342.4864
 www.flinthillshealth.org

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 (Por favor Nombre en Prenta)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre de su Proveedor primario y Ciudad: _____

- 1. ¿Esta usted/niño/a enfermo/a hoy día? ___ si ___ no
- 2. ¿Usted/Niño/a tienen alergias a huevos o neomicina? ___ si ___ no
- 3. ¿Usted o su Niño/a ha tenido una reacción severa después de recibir una vacuna? ___ si ___ no
- 4. ¿Usted o su Niño/a a sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré? ___ si ___ no

Yo e leído o me han ofrecido “Información declarada de la Vacuna”. Yo doy mi permiso a la siguiente vacuna administrada y cobrar bajo la dirección de Flint Hills Community Health Center/Lyon County Health Department y doy la autorización de dar esta información a su médico primario a quien usted apunto en este consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____
 Paciente/ Persona Responsable

Uso por la Oficina Solamente

Ext.: RD LD RVL LVL Route: IM Nasal VIS Date: _____

Provider Signature: _____

Manufacturer/Lot Number/Expiration Date

Medication Dispensed

Fluzone MedImmune

Insurance Name/ID _____ Subscriber DOB _____

Cash: \$ _____ Check: # _____ Medicare: _____ Medicaid: _____ VFC ELIGIBLE