

PENDER COMMUNITY HEALTH - MEDICAL CLINIC
INFLUENZA VACCINATION ASSESSMENT, RELEASE & CONSENT FORM
N DE LA VACUNA CONTRA EL GRIPE, FORMULARIO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y CONSE

☐ New Patient ☐ Bancroft ☐ Emerson ☐ Lyons ☐ Pender
Nuevo Paciente

Name: _____ DOB: ____/____/____ Age: _____ Gender: M ☐ F ☐
Nombre (Patient Name) FN Sexo

Address: _____ City: _____ State: _____
Dirección Ciudad Estado

Zip: _____ Email: _____ Phone: _____-____-____
Código postal Correo Electrónico

Would you like a link emailed to you to register for the Patient Portal? Yes ☐ No ☐
Quiere que le envíe el link para registrarse en el Portal del Paciente?

**If yes, must complete registration within 7 days of receiving your invitation or your link will be invalid.*
**En caso que sí, tiene que completar la registración dentro de 7 días de recibir la invitación o se vencerá el link*

Primary Insurance: _____ Policy # _____
Seguro médico primario N° de la póliza

Policy Holder Name: _____ Policy Holder DOB: ____/____/____ Relationship to patient: _____
Nombre de titular de la póliza FN de titular de la póliza: Relación con el paciente

Secondary Insurance: _____ Policy # _____
Seguro secundario N° de la póliza

Policy Holder Name: _____ Policy Holder DOB: ____/____/____ Relationship to patient: _____
Nombre de titular de la póliza FN de titular de la póliza: Relación con el paciente

Question #5 to be answered day of vaccination Responder a la pregunta N°5 el día de recibir la vacuna

Yes No

- Are you allergic to chicken, eggs, or chicken feathers? *¿Tiene alergia al pollo, huevos o plumas de pollo?*
- Are you allergic to thimerosal-containing products (eye contact lens solution) or mercury containing products (merthiolate)? *¿Usted tiene alergia a los productos que contienen timerosal (solución para lentes de contacto) o productos que contienen mercurio (mertiolato)?*
- Have you ever had a reaction to a flu shot? *¿Usted ha tenido una reacción a la vacuna contra el gripe?*
- Have you previously been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome? *¿Usted ha recibido un diagnóstico previo del síndrome de Guillain-Barre?*
- Are you ill with a fever today ? (to be answered day of vaccination) *¿Usted está enfermo con fiebre hoy? (responder el día de recibir la vacuna)***

For any "yes" answers, consult physician before the administration of vaccine.

Si ha respondido "sí" a alguna pregunta, consulte al médico antes de que se le aplique la vacuna

I have read the information and have had the information explained to me. I have had a chance to ask questions and these have been answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of influenza vaccine and ask that the vaccine be given to me, or to the person named above for whom I am authorized to make this request. I accept responsibility for seeking medical attention for any problems with this vaccination.

He leído la información o se me han explicado la información. He tenido la oportunidad realizar preguntas y se me las han respondido a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y pido que se me apliquen la vacuna a mí o a la persona mencionado en líneas arriba por que tengo la autorización realizar esta petición. Acepto responsabilidad por la atención médico y cualquier problemas con esta vacuna.

Signature: _____ Date: ____/____/2026
Firma Fecha

To be signed day of vaccination Firmar el día de recibir la vacuna

NURSES ONLY SITE: Right Arm _____ Left Arm _____ Lot # _____ ADMINISTERED BY: _____	PCH STAFF TO COMPLETE Account #: RH _____ Registered: ____/____/____ Charted: ____/____/____	Form completed by: _____
---	--	--------------------------