

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: _____ <i>Nombre</i>		DOB: ____/____/____ <i>FN</i>	Age: _____	Gender: M ☐ F ☐
(Patient Name)				
Address: _____ <i>Dirección</i>		City: _____ <i>Ciudad</i>	State: _____ <i>Estado</i>	
Zip: _____ <i>Código postal</i>	Email: _____ <i>Correo Electrónico</i>	Phone: ____-____-____		

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

**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: _____ <i>Seguro médico primario</i>		Policy # _____ <i>Nº de la póliza</i>
Policy Holder Name: _____ <i>Nombre de titular de la póliza</i>	Policy Holder DOB: ____/____/____ <i>FN de titular de la póliza:</i>	Relationship to patient. <i>Relación con el paciente</i>

Secondary Insurance: _____ <i>Seguro secundario</i>		Policy # _____ <i>Nº de la póliza</i>
Policy Holder Name: _____ <i>Nombre de titular de la póliza</i>	Policy Holder DOB: ____/____/____ <i>FN de titular de la póliza:</i>	Relationship to patient. <i>Relación con el paciente</i>

Question #5 to be answered day of vaccination Responder a la pregunta Nº5 el día de recibir la vacuna

Yes No

1. Are you allergic to chicken, eggs, or chicken feathers? *¿Tiene alergia al pollo, huevos o plumas de pollo?*
2. 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)?*
3. Have you ever had a reaction to a flu shot? *¿Usted ha tenido una reacción a la vacuna contra el gripe?*
4. Have you previously been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome? *¿Usted ha recibido un diagnóstico previo del síndrome de Guillain-Barre?*
5. Are you ill with a fever today? (to be answered day of vaccination) *¿Usted está enfermo co 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 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 médica y cualquier problemas con esta vacuna.

Signature: _____
Firma

Date: ____/____/2026
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: _____
---	--	--------------------------