



Pleasant Health Services, Inc.
 Delivering Safe Care For You.
 www.pleasanthealth.com

**Forma de Informacion y Consentimiento del Paciente
 VACUNA DE LA INFLUENZA (GRIPE)**

LA GRIPE

La influenza (gripe) es una infeccion respiratoria caussada por virus. Cuando las personas se resfrain, pueden tener fiebre, escalofrios, dolor de cabeza, garganta seca o dolores muscalares. La enfermedad puede durar varios dias o una semana o mas, usualmente la recuperacion es completa. Sin embargo complicaciones pueden causar pulmonia y en algunas personas la muerte.

No es posible estimar el riesgo de un individuo a quien le de la gripe este ano, pero para los ancianos y personas con enfermedades de diabetes, corazon, pulmones, rinones. La gripe puede ser especialmente.

LA VACUNA

Una inecion de la vacuna para la gripe no le dara gripe porque este hecha de virus muertas. La vacuna es producida de virus seleccionados per la Oficina Biologica, La Administracion de Drogad y Alimentos y el Departamento de Salud Publica.

RIESGOS Y POSIBLES REACCIONES SECUNDARIAS

Las reacciones secundarias de la vacuna de la influenza son generalmente moderadas en los adultos y ocurre con poca frecuencia. Estas reacciones consisten de sensibilidad en al area de la injeccion, fiebre, escalofrios, dolores de cabeza o dolores musculares. Estos sintomas pueden durar hasta cuarenta y ocho horas.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION

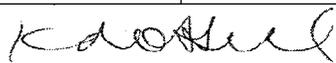
He leido cuidadosamente toda la informacion presentada y por este medio solicito la vacuna de la influenza ofrecida por *Adventista de Salud*. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo tengo entendido de los beneficios y riesgos de la vacuna de las influenza y tambien he recibido "LA ADVERTENCIA DE LA VACUNA DE LA VIRUS DE INFLUENZA." Libero a *Adventista de Salud*, sus oficiales, medicos, y enfermeras de cualquier demanda o motivo en contra si se presenta algun problema que sea causada por la vacuna de influenza, directa o indirectamente. Yo voy a esperar para quince minutos.

COMPLETAR POR LA PERSONA QUE ESTA RECIBIENDO LA VACUNA

Nombre _____ numero de telefono _____ la fecha de nacimiento _____ Edad _____

Direccion _____

Firma _____

To be completed by PHS Healthcare provider Completar por PHS De Salud				
Manufacturer	Lot #	Expiration date	Administered by	Payment method
				<input type="checkbox"/> Cash/Check
				<input type="checkbox"/> Credit card
				<input type="checkbox"/> Employer
				<input type="checkbox"/> Insurance
				<input type="checkbox"/> Medicare B
				\$ _____
Insurance (attach copy):		Policy #:	Medicare B #:	
Physician Name: Dr. Kaldun Nossuli, M.D.		Physician Signature: 		Date: ___/___/___