

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA-2018

He leído o me han explicado, la información acerca de la influenza y la vacuna contra ella. He tenido la oportunidad de discutir los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza con mi proveedor de salud previo a mi visita de hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza, y solicito que se suministre la vacuna a mí/mi hijo(a). (Seleccione una opción)

Por favor escriba:

Fecha de Nacimiento:

Nombre: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento de su hijo(a): ____/____/____ Edad: _____ (si es aplicable)

Es su hijo(a) 3 años o menor de 3 años? SI/ NO (si su respuesta es "si", su hijo(a) puede no recibir la vacuna en esta ocasión.)

Nombre del Padre/Madre o acudiente: _____

La vacuna es para: (Elija una opción) Empleado Miembro de la familia (Adulto) Miembro de la familia (Menor)

Compañía/Organización: __Pasadena ISD_____

La persona que recibe la vacuna, ha tenido alguna vez una alergia severa (hipersensibilidad) o reacción a los huevos, pollo o plumas de pollo? ____SI ____No

Ha tenido, la persona que recibe la vacuna, alguna historia de síndrome de Guillain – Barré o problemas neurológicos persistentes? ____SI ____No

Está, la persona que recibe la vacuna, embarazada? ____SI ____No (Si la respuesta es sí, LAIV es contraindicada, se recomienda TIV)

Es, la persona que recibe la vacuna, alérgica al Thimerosal (Preservativo encontrado en la solución para lentes de contacto), Algún ingrediente de vacunación, o látex? ____SI ____No

Para niños de 6 meses a 8 años, han recibido 2 o más dosis de la vacuna contra la influenza desde julio de 2017?
____SI ____No ____N/A

(Si la respuesta es no, el niño)(a) necesitará recibir 2 vacunas [con al menos un mes de diferencia] para mejor protección contra la influenza.

Firma de la persona que recibe la vacuna O Padre/Madre o acudiente

Fecha

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO. ES PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE/DO NOT WRITE IN THIS SPACE—OFFICE USE ONLY
VIS Edition Provided: ____08/07/2015____

Fluzone Quad 0.5 mL IM Influenza Vaccine given in ____left ____right deltoid

Lot number: __UJ034AB____ Expiration Date: __06/30/2019____

____Mary DeLeon____
Administered by

Administer Signature

Date