

CHILDREN'S MEDICAL CENTER
Consentimiento para Vacunar
INFLUENZA SHOTS-2020-2021

Last Name/Apellido: _____ **First Name/Nombre:** _____ **MI:** _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Genero** _____

Street/Calle: _____

City/Ciudad: _____ **State/Estado:** _____ **Zip/Código Postal:** _____

Telephone Number/Numero de Teléfono: _____

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES:

Por Favor escoge uno

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. Tienes antecedentes de alergias al pollo, huevos, o a la proteína de los huevos? | Si | No |
| 2. Tienes alergia algún componente de la vacuna incluido thimerosal? | Si | No |
| 3. Tienes antecedentes del síndrome Guillan-Barre? | Si | No |
| 4. Ahorita tienes fiebre, enfermedad respiratoria o otro tipo de infección? | Si | No |
| 5. Has tenido alguna mala reacción a cualquier otra vacuna? | Si | No |

Por favor has una lista de reacciones adversas que has tenido

Si a contestado "SI" a cualquiera de las preguntas, favor de consultar a su doctor personal para que le administre la vacuna de la gripe.

Nota: Embarazo sube el riesgo de complicaciones y hospitalización a causa de la gripe, mujeres que están o van a estar embarazadas durante la temporada de la gripe se recomienda que reciban una vacuna de la gripe durante los meses de otoño.

Yo leí y entiendo la información sobre la vacuna de la gripe. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas por las cuales han sido contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo el riesgo y beneficios sobre la vacuna y pido que esta vacuna sea administrada a mí o la persona por cual yo soy responsable y he nombrado. Estoy de acuerdo que Children's Medical Center no tiene responsabilidad si yo me enfermo de la gripe, pulmonía, problemas respiratorios o si sufre alguna reacción adversa después de la administración de la vacuna.

Firma de Persona Responsable: _____

Fecha: _____

FOR CMC STAFF USE:

Fluzone – Sanofi Pasteur

Lot# UJ475AB

Exp. 06/30/2021

Allergy: _____ **Nurse/MA:** _____

Site: L R