

Adult

Vacuna contra la Gripe Forma de evaluación, liberación y consentimiento

Nombre: _____ Género: M ___ F ___ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____

Teléfono: _____ Doctor: _____

- | | | |
|---|----|----|
| • ¿Ha recibido este año la vacuna contra la gripe | Sí | No |
| • ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna de la gripe o huevo? | Sí | No |
| • ¿Alguna vez a tenido Guillain-Barre? | Sí | No |
| • ¿En éste momento tiene fiebre o se siente mal? | Sí | No |

He leído o me han explicado la información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la gripe (Influenza) y he solicitado que me ponga ésta vacuna a mi, o a la persona nombrada anteriormente para la cual soy autorizada a hacer ésta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica si hay problemas con ésta vacuna. Yo autorizo el cobro de ésta vacuna a mi seguro médico. Yo también reconozco que he tenido la oportunidad de recibir una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" fecha agosto 2013 del Departamento de Salud.

Firma: _____

For Nurses Use Only

SITE: RD/LD

Lot#:

Expiration Date:

Manufacturer:

Administered By: _____