

**Consentimiento de la administración de la vacuna de influenza
2020-2021**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

MRN: _____

Responda a cada pregunta marcando la respuesta:

1. Es usted alérgico a los huevos? Sí No
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la gripe? Sí No
3. ¿Tiene fiebre o una enfermedad activa hoy? Sí No
4. ¿Alguna vez ha tenido síndrome de Guillian-Barre? Sí No
5. ¿Usted tiene una alergia al látex? Sí No

Consentimiento informado

He recibido y leído la "Declaración de la información de la vacuna contra la gripe" y solicitar que me administren la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de tomar la vacuna contra la gripe. También he sido informado de que mi información se añadirá a la base de datos WebIZ.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Date Given: _____ IM Deltoid Site: Right Left

Administered by: _____

The vaccine contains viruses that are the same or similar to those thought to be most likely to come into the U.S this year 2020-2021

Manufacturer: _____
Lot#: _____
Expiration Date: _____
NDC: _____