



CONSENTIMIENTO PARA INACTIVADOS VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Cotton O'Neil Doctor _____

- 1. ¿Ha tenido fiebre superior a 100° F dentro de las últimas 24 horas? **sí** **no**
- 2. ¿Se ha vacunado usted alguna vez contra la influenza en el pasado? **sí** **no**
- 3. ¿Ha tenido usted alguna vez una reacción a la vacuna de influenza en el pasado? **sí** **no**
En caso afirmativo, describa _____
- 4. ¿Doy mi consentimiento para tener esta información de vacunas incluidas en el Kansas Registro de Vacunación (WebIZ). **sí** **no**

Si usted tiene una reacción severa o una reacción que dure más de 24 horas— ¡Vea a su Médico!

Me han entregado la Hoja de Información de la Vacuna CDC de fecha 08/07/2015
Yo entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunaciones de influenza según se describen.
Solicito que me vacunen a mí o a la persona nombrada a continuación por quien me encuentro autorizado a firmar.

NOMBRE: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
(EN LETRA DE IMPRENTA)

DIRECCIÓN _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

X _____
FIRMA de la persona que va a recibir la vacuna **FECHA**
(O PADRE O TUTOR)

(Solo para uso de la oficina)

FLULAVAL
(Circle correct lot/expiration or write information)
Lot # YH595 / Exp 06/12/2020
Lot # 3A929 / Exp 06/25/2020

FLUAD
(Circle correct lot/expiration or write information)
Lot # 260389 / Exp 5/31/2020

Lot# _____/Exp _____ Lot# _____/Exp _____

Injection Site: L deltoid L vastus lateralis
R deltoid R vastus lateralis
Other _____

Given by _____ **Date** _____