



CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE VIRUS INACTIVADOS DE LA INFLUENZA

Dr. de Cotton O'Neil _____

- 1. ¿Ha tenido fiebre mayor que 100⁰ F dentro de las últimas 24 horas? sí no
- 2. ¿Ha recibido antes una vacuna contra la influenza? sí no
- 3. ¿Ha tenido antes una reacción a la vacuna contra la influenza? sí no
De ser así, describa _____
- 4. Doy mi consentimiento para que la información sobre esta vacuna se incluya en el sí no Registro de Vacunas de Kansas (WebIZ).

Si usted tiene una reacción grave o que dura más de 24 horas: consulte a su médico.

Se me ha entregado la Hoja de Información de Vacunas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con fecha del 15 de agosto de 2019.
Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna contra la influenza tal como se describen.
Solicito que se me administre la vacuna o que se administre a la persona que se menciona abajo por quien estoy 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 RECIBIRÁ LA VACUNA FECHA
(O EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR)

(For Office Use Only)

FLULAVAL
(Circle correct lot/expiration or write information)
Lot # NY927 / Exp 06/30/2021

FLUAD
(Circle correct lot/expiration or write information)
Lot # 279800 / Exp 6/16/2021

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

Injection Site: L deltoid (X) L vastus lateralis (X)
R deltoid (X) R vastus lateralis (X)
Other _____

Given by _____

Date _____