



CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE VIRUS INACTIVADOS DE LA INFLUENZA

Dr. de Cotton O'Neil _____

1. ¿Ha tenido fiebre mayor que 100 °F dentro de las últimas 24 horas? sí no
2. ¿Ha recibido alguna vez una vacuna contra la influenza? sí no
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción a la vacuna contra la influenza?
Si su respuesta es sí, describa _____ sí no
4. Doy mi consentimiento para que la información sobre esta vacuna se incluya en el Registro de Vacunación de Kansas (WebIZ). sí no

Si 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 CDC con fecha del 08/06/2021.

Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas contra la influenza tal como se describe.

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)

(Para uso exclusivo del consultorio)

FLULAVAL

(Encierre en un círculo el lote/vencimiento correcto o escriba la información)

Lote n.º X4J9R / Vcto. 6/30/2022
Lote n.º 3A7CG / Vcto. 6/30/2022

FLUAD Quad

(Encierre en un círculo el lote/vencimiento correcto o escriba la información)

Lote n.º 312848 / Vcto. 6/8/2022

Lote n.º _____ / Vcto. _____ Lote n.º _____ / Vcto. _____

Lugar de la inyección: Deltoide I
Deltoide D
Otro _____

Vasto lateral I
Vasto lateral D

Administrada por _____

Fecha _____