



CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE VIRUS INACTIVADOS DE LA INFLUENZA

Dr. de Cotton O'Neil _____

- ¿Ha tenido fiebre mayor que 100 °F dentro de las últimas 24 horas? sí no
- ¿Ha recibido alguna vez una vacuna contra la influenza? sí no
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción a la vacuna contra la influenza?
Si su respuesta es sí, describa _____ sí no
- 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 Vasto lateral I
Deltoide D Vasto lateral D
Otro _____

Administrada por _____ Fecha _____