

Name: _____
DOB: _____ Patient Sticker
MRN: _____



Stormont Vail Health



Stormont Vail Health
FLINT HILLS CAMPUS



Stormont Vail
OB/GYN
LINCOLN CENTER



1991

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE VIRUS INACTIVADOS DE LA INFLUENZA

Dr. de Stormont Vail Health _____

- ¿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. 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 _____ Fecha: _____

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA

(O El Padre, La Madre O El Tutor)

(For Office Use Only)

FLUCELVAX

(Circle correct lot/expiration or write information)

Lot # 418660 / Exp 06/30/2027

FLUAD

(Circle correct lot/expiration or write information)

Lot # 418661 / Exp 06/09/2027

Lot # _____ / Exp _____

Lot # _____ / Exp _____

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

Other _____

Given by: _____

Date: _____