

CHI St. Joseph Outpatient Clinic

El Cuestionario De La Vacuna De La Influenza Y Consiente 2016-2017

Informacion De Paciente que va recibir la vacuna:

Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	

Si usted contesta si a cualquiera de las preguntas abajo, usted puede ser pedido a consultar su medico personal y/o negado la vacuna.

Alguna vez a tenido una reaccion a una vacuna antigripal? Explique abajo:	Si o No
Recibio la vacuna antigripal el ano pasado?	Si o No
Tiene una enfermedad con una fiebre de 100.4 o mas alta?	Si o No
Alergico a huevos o productos de huevos, las plumas, thimerosal, o el latex?	Si o No
Tiene una historia de syndrome de Guillian- Barre (un desorden paralitico raro)?	Si o No
Ha recibido cualquier otras vacunaciones en las ultimas 2 semanas?	Si o No
Tiene una posibilidad que usted este embarazada o dando leche materna?	Si o No
Tiene un desorden neurologico activo (la epilepsia, la escierosis multiple, graviscler miastenia).	Si o No
Esta tomando antibioticos?	Si o No

CONSENT AND RELEASE FOR INFLUENZA VACCINE

Yo por la presente consiento a la vacunacion de la influenza para ser dado a mio o a la persona mencionada abajo para quien soy autorizado a hacer esta peticion. He sido dado la Declaracion de informacion de Vacuna y yo he sido dado la oportunidad de hacer preguntas que fue contestado a mi satisfaccion. Comprendo que yo mayo experimenta un efecto secundario adverso de las vacuna y por la presente alivia tal personal y a St. Joseph Sistema Regional de salud de cualquier y toda la obligacion con respecto a tales inyecciones.

Firma de la persona para recibir vacuna o a persona autorizado

Fecha

FOR CLINIC USE ONLY:

INFLUENZA

Manufacturer:	Lot #:	Injection site:
Expiration Date:	Date of vaccination:	
Signature of vaccine administrator:	Title of vaccine administrator:	