

CHI St. Joseph Outpatient Clinic
Cuestionario y Consentimiento Para la Vacuna Contra la Influenza
2017-2018

Información del Paciente que va recibir la vacuna:

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

Si usted contesta si a cualquiera de las siguientes preguntas, favor de notificar a la enfermera antes de recibir la vacuna:

¿Alguna vez ha tenido una reacción a la vacuna contra la gripe?	Si o No
¿Recibiste la vacuna contra la gripe el año pasado?	Si o No
En caso afirmativo: Fecha: _____ ¿Qué centro médico?	
¿Es usted alérgico a los huevos?	Si o No
¿Se le han diagnosticado con síndrome de Guillain-barre' síndrome después de recibir la vacuna contra la gripe?	
¿Está enfermo con una fiebre superior a 100 grados Fahrenheit?	Si o No

Autorización y Comunicado de la vacuna contra la influenza

He leído la información sobre la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas contra la influenza como se describe.

Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la gripe y doy mi consentimiento al personal médico de CHI St. Joseph Medical Group (SJMG) para administrar la vacuna contra la gripe a mi o mi hijo(a).

 Firma de la persona que recibe la vacuna, padres del menor o tutor legal.

 Fecha

FOR CLINIC USE ONLY:

INFLUENZA

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