# CHI St. Joseph Outpatient Clinic

## Cuestionario y Consentimiento Para la Vacuna Contra la Influenza 2020-2021

### Informacion De Paciente que va recbir la vacuna:

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

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

| | |
|---|---|
| ¿Alguna vez a tenido una reaccion a una vacuna antigripal? Explique abajo: | Si o No |
| ¿Recibio la vacuna antigripal el ano pasado?<br><br>*Si es sí: fecha:* ¿Qué centro médico? | Si o No |
| Alergico a huevos? | Si o No |
| ¿Tiene una historia de syndrome de Guillian- Barre (un desorden paralitico raro) después de recibir la vacuna contra la gripe? | Si o No |
| A Tiene una enfermedad con una fiebre de 100.4 o mas alta? | Si o No |

**<u>CONSENT AND RELEASE FOR INFLUENZA VACCINE</u>**

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 satifaccion. 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 obilgacion 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:** |