



**PERMISO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA GRIPE**

2019-2020

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____

SI RESPONDE "SI (S)" A UNA O MAS DE LAS SIGUIENTES PREGUSTAS, USTED TALVEZ PUEDA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA GRIPE PERO DEBE DISCUTIR SUS OPCIONES CON SU PROVEEDOR DE SALUD		
¿Tiene usted una alergia seria a huevos o productos con huevos?	S	N
¿Ha tenido usted alguna reacción a la vacuna de la gripe?	S	N
¿Tiene usted fiebre? T : _____	S	N
¿Tiene usted alergias a thimerosal o formaldehyde?	S	N
¿Ha tenido usted el síndrome de Guillain-Barre?	S	N

- He leído o se me ha explicado y he comprendido la información sobre la vacuna influenza (gripe).
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a mi satisfacción.
- Comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna y doy permiso para que se me administre la vacuna, o que sea administrada a la persona por la cual estoy firmando.
- Doy autorización para dar u obtener cualquier información médica que sea necesaria para procesar el reclamo a mi seguro.

Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Yo no deseo la vacuna contra la gripe por esta razón: \_\_\_\_\_

**Office use only:**

Name of the Person Administering the Vaccine: \_\_\_\_\_

Signature of the Person Administering the Vaccine: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

VIS Form provided:  Yes

VFC Eligible:  Yes  No

**Injection Site:**  RA  LA Mid-Lateral Thigh:  Right  Left

Vaccine Manufacturer: \_\_\_\_\_

Lot number: \_\_\_\_\_ Vaccine Expiration Date: \_\_\_\_\_