

OSF HealthCare Saint Luke Medical Center Consentimiento Para La Vacunación De Influenza, hecho inactivada

Por favor completan las preguntas 1-5

| | |
|---------------|----------------------|
| Nombre Legal: | Fecha de nacimiento: |
| Doctor: | Escuela: |
| Grado: | Profesor: |

SÍ NO

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Es usted alérgico a los huevos o productos de huevo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Es usted alérgico a tiomersal (conservante) distintos de la sensibilidad de lentes de contacto? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Ha tenido síndrome Guillian-Barré dentro de las seis semanas de tomar una vacuna antigripal? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Ha tenido una reacción adversa anterior a la vacuna de gripe? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Si menos de 8 años de edad, esta es la primera dosis? |

Consentimiento de la vacunación de influenza

He leído y entendido la declaración de información actual de vacunas (VIS) 6/8/21.
 Me ha dado la oportunidad de to preguntas, que se han respondido a mi satisfacción.
 Creo que entiendo los beneficios y riesgos de tomar la vacuna contra la gripe, y pido que la vacuna se me o a la persona indicada para quien estoy autorizado a firmar.
 Cómo puedo comprobar que no Soy alérgico a los huevos y que no he tenido una reacción alérgica grave asociada con la vacunación de combustión en el pasado.

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY

| | | |
|---------------------|-----------------------|------------------|
| Manufacturer: _____ | Lot #: _____ | Exp. Date: _____ |
| Site: _____ | Dose: 0.5ml 0.25ml | Temp. _____ |
| Signature: _____ | Date: _____ | |