

Centro de Salud de ETHS 2024-2025
VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA
Registro Administrativo y Consentimiento del ESTUDIANTE

Nombre: Apellido Nombre M (segundo nombre)

Domicilio

Fecha de Nacimiento Edad

¿Ha tenido el paciente un trasplante de médula ósea en los pasados 6 meses?
_____ Sí _____ No

¿Ha tenido el paciente una reacción anafiláctica (*una reacción alérgica severa, potencialmente mortal*) ante la exposición al látex?
_____ Sí _____ No

¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción (anafiláctica) severa a la vacuna del flu?
_____ Yes _____ No

¿Es el paciente alérgico al *thimerosal* (que se encuentra en la solución de los lentes de contacto)?
_____ Sí _____ No

¿Tiene el paciente una historia del Síndrome de Guillain-Barré (GBS)?
_____ Sí _____ No

¿Tiene el paciente actualmente fiebre, tos, congestión o garganta inflamada?
_____ Sí _____ No

¿Está actualmente la paciente embarazada?
_____ Sí _____ No

“He leído o hecho que me lean, la 2021 DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA DE LA INFLUENZA provista. Entiendo la información explicada acerca de la vacuna de la influenza. Mis preguntas acerca de la vacuna fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de esta vacuna. Solicito que me sea administrada la vacuna o a la persona nombrada más arriba para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema con esta vacuna”.

X

Firma del Padre/Tutor

Fecha

FOR OFFICE/CLINIC USE ONLY			
Sanofi			
LOT #	EXP DATE	MANUFACTURER	SITE OF INJECTION
ADMINISTERED BY		DATE ADMINISTERED	