

Distrito de Salud Ledge Light
Récord de Administración de la Vacuna de la Influenza Estacional (2019)

Apellido_____Nombre_____Inicial_____		
Dirección:_____		
Calle	Pueblo/Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono_____Fecha de Nacimiento_____Edad_____Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- Sí No ¿Está la persona enfermo/a o tiene fiebre?
 Sí No ¿Ha tenido la persona alguna vez una reacción seria a la vacuna de la influenza?
 Sí No ¿Es la persona alérgico/a a los huevos, la gelatina, el Timérosal (un preservativo), la gentamicina o la arginina?
 Sí No ¿Ha padecido la persona alguna vez del Síndrome de Guillain-Barré?

He leído o se me ha explicado el contenido de la Hoja Informativa (VIS 8/15/19) sobre la vacuna de la influenza estacional. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza. Además, solicito que se me administre la vacuna o que se le administre a la persona cuyo nombre aparece arriba y para la que autorizo esta solicitud.

Firma: _____ **Nombre en letra de imprenta:** _____ **Fecha:** _____

Clinic Use Only

Dose: 0.5 ml inyectable

Lot # & Expiration:

Site: RD LD

Administered by: _____ Date: _____