

Distrito de Salud Ledge Light
Registro de Administración de Vacuna para la Influenza Estacional (2021)

Llene con letra de molde:

Apellido _____ Nombre _____ 2o Nombre _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad ___ Sexo: Masculino Femenino

¿Has recibido la vacuna de la influenza alguna vez? Si ___ No ___
(First flu shot?)

Por Favor Responda las Sigüientes Preguntas:

- Si No ¿La persona está enferma o tiene fiebre?
 Si No ¿La persona ha tenido una reacción seria a la vacuna de la Influenza?
 Si No ¿Alergias serias a los huevos, gelatina, timerosal (un conservativo),
gentamicina o arginina?
 Si No ¿Has tenido el Síndrome Guillain-Barré alguna vez (una forma severa
temporal de debilidad muscular) dentro de las 6 semanas próximas de
haber recibido la vacuna?

He leído o se me ha explicado el contenido de la Hoja Informativa (VIS 8/6/21) 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** _____ **Fecha** _____

For Clinic Use:

Dose: 0.5 ml injectable Vaccine Manufacturer & Lot #: _____ Exp: _____

Site: RD LD

Administered by: _____ Date: _____

