

## Distrito de salud de Ledge Light

### Registro de administración y consentimiento de la vacuna contra la influenza estacional

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

La raza \_\_\_\_\_

(Nativo americano o de Alaska, asiático, afroamericano o negro, nativo de Hawái o de las islas del Pacífico, blanco, otro o multirracial)

Etnicidad \_\_\_\_\_

(Hispano/No hispano/Desconocido)

Alergias \_\_\_\_\_

#### Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Estás enfermo hoy?   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tienes 18 años o más?  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alguna vez se ha vacunado contra la influenza?   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la influenza en el pasado? |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tiene alergia a algún ingrediente de la vacuna?  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré?                                    |

#### Consentimiento:

*He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna (VIS 8/6/21) contra la influenza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi satisfacción, y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza como se describe. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Autorizo la publicación de cualquier información médica o de administración de vacunación necesaria para fines de documentación, incluido el apoyo a los registros de vacunas aplicables, como CT Wiz y VAERS, y/o para proporcionar tratamiento, y/o en caso de emergencia médica.*

Firma \_\_\_\_\_ Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Para uso clínico:

Dosage/Route:  0.5 mL subcutaneous injection

Vaccine Manufacturer and Lot #:

Site:  right deltoid  left deltoid

Administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_