

DEPARTAMENTO DE SALUD DE BETHLEHEM
 Hoja De Consentimiento Informado Para La Vacuna De La Gripe

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** H ___ M ___

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Por favor marque si o no a las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. el/la paciente tiene alergias severas a los huevos? | Si | No |
| 2. el/la paciente alguna vez ha tenido una reacción mala a la vacuna de la gripe? | Si | No |
| 3. el/la paciente alguna vez ha tenido el síndrome de Guillian-Barre? | Si | No |
| 4. el/la paciente sufre de otras alergias? _____ | Si | No |
| 5. el/la paciente sufre de asma o ataques de asma frecuentes? | Si | No |
| 6. el/la paciente se encuentra bajo algún tratamiento de aspirina? | Si | No |
| 7. el/la paciente ha recibido alguna de las siguientes vacunas MMR, Varicella, Yellow Fever, o FluMist en los últimos 30 días? Fecha _____ | Si | No |
| 8. el/la paciente sufre de algunos de los siguientes problemas de salud?
(Por favor marque) | Si | No |

Complicaciones Cardiacas Complicaciones de los pulmones Complicaciones de los riñones
 Complicaciones metabólicas (ex. Diabetes) Otras: _____

9. la paciente se encuentra embarazada o lactando? Si No

10. el/la paciente ha tenido contacto cercano con una persona que tenga problemas con el sistema inmune (ej., una persona que haiga tenido un trasplante de medula ósea). Si No

Por favor describa: _____

He declarado y he leído la hoja de Centros para el Control de la Enfermedad hojas informativas de la vacuna de prevención con la fecha 7/26/11. No tengo preguntas adicionales en este momento. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna del gripe sea administrada a la persona nombrada arriba **de quien yo soy o soy el padre o apoderado legal.**

Deseo que yo o mi niño/a reciba (por favor escoge):

La vacuna de gripe Arreó nasal de la gripe (Edades desde 2 años a 49 años)

Firma: _____ **Fecha:** _____

OFFICE USE ONLY

Influenza Vaccine Given	Lot Number: _____	Injection Site: <u>L / R arm</u>
Dosage Volume: .25ml .5ml	Pre-filled	Intranasal

Signature of vaccine administrator

Date