



155 Crystal Run Road
Middletown, NY 10941
845-703-6999

61 Emerald Place
Rock Hill, NY 12775
845-794-6999

Formulario de consentimiento para vacunación contra la gripe

Fecha: _____

Mediante este formulario, usted reconoce su consentimiento para la administración de la vacuna contra la gripe e indica las precauciones y contraindicaciones que puede tener para la administración de este tipo de inmunización. Tenga en cuenta que se le recomienda esperar durante quince minutos antes de retirarse de nuestra oficina una vez colocada la vacuna contra la gripe. Por favor, proporcione toda la información solicitada y su firma. Utilice esta copia para notificarle a su proveedor que recibió la vacuna, si es necesario.

Precauciones y contraindicaciones (encierre con un círculo la opción Sí o No)

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Es alérgico a la vacuna contra la gripe o a alguno de sus componentes? | Sí | No |
| ¿Está enfermo el día de hoy? | Sí | No |
| ¿Tiene antecedentes del síndrome Guillain-Barré? | Sí | No |
| ¿Alguna vez tuvo una reacción adversa a la influenza o a alguna otra vacuna? | Sí | No |

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Firma: _____

Solo para uso oficial:

Dosis: _____ Lado de admist.: _____ Lugar: _____ Fabricante: _____ Nro. de lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

Enfermero/a (nombre en imprenta): _____

Firma del enfermero/a: _____

Nombre del proveedor: _____