

# Autorizacion para la Vacuna Contra la Influenza (gripe)

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_ (por favor imprima)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Si	No	
		Tiene Ud. Alergia al huevo?
		Ha tenido una reacción negativa o algún problema después de recibir la vacuna? (falta de aire, ronchas o dificultad para respirar)
		Ha presentado parálisis por el Síndrome de Guillain-Barre 6 semanas después de recibir la vacuna contra la influenza?
		Se siente bien de salud hoy?

Si ha tenido quimioterapia reciente, terapia de radiación o esteroides (excepto inhalada), estas condiciones podrían disminuir la eficacia de la vacuna. Sin embargo, la vacuna de la influenza es recomendada.

Se recomienda la vacunación contra la influenza para cualquier mujer que esté embarazada o amamantando durante la temporada de la influenza. La vacunación puede llevarse a cabo durante cualquier trimestre del embarazo.

Yo he leído la información de arriba y mi firma abajo indica mi consentimiento, o mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la vacuna de la influenza.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Testigo y nombre de la persona que explico el consentimiento

---

## Influenza Vaccine

(Inactivated Influenza Vaccine)

Vaccine Lot # \_\_\_\_\_

Expiration Date \_\_\_\_\_

