



Consentimiento para la Administración de la vacuna contra la Influenza

Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Por favor lea y MARQUE TODAS LAS CASILLAS que apliquen:

- He leído y entendido la hoja de información sobre las vacunas explicando los beneficios y riesgos de la vacuna de influenza 2020-2021. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.html>
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.
- Pido que la vacuna de influenza del 2020-2021, que esta circulado abajo, sea dado al niño(a) (para quien estoy autorizado a hacer esta petición).

Flu Injection

FluMist

| | SI | NO |
|--|----|----|
| Ha tenido fiebre en las últimas 24 horas? | | |
| Tiene alergia severa a huevos? | | |
| Alguna vez a tenido una reacción alérgica a vacuna de influenza? | | |
| Ha recibido vacunas los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha: _____ | | |
| Alguna vez ha tenido su hijo(a) síndrome de Guillain-Barre? (un tipo de debilidad muscular severa temporal) | | |
| Tiene su hijo(a) algunos de los siguientes: asma, diabetes (o otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñón, hígado, nervios, o sangre? | | |
| Ha estado tomando aspirina? (No Tylenol o Motrin) | | |
| Tiene su hijo(a) un sistema inmunitario debilitado debido a enfermedades (como cáncer o VIH/CIDAS) o los tratamientos médicos (como la radiación, la inmunoterapia, los esteroides o la quimioterapia)? | | |
| Tiene su hijo(a) contacto cercano con una persona que necesita atención en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que recientemente ha tenido un trasplante de medula o ha recibido tratamientos para el cáncer)? | | |
| Su hija esta embarazada? | | |
| Su plan de aseguransa cubre las vacunas? | | |
| Tiene su hijo/a Medicaid? | | |

Explique las preguntas contestadas en si: _____

Firma del Padre

Fecha