OSF HealthCare Saint Luke Medical Center
Consentimiento Para La Vacunación De Influenza, hecho inactivada

Por favor completen las preguntas 1-5

Nombre Legal:		Fecha de nacimiento: / /
Doctor:	Grado:	Escuela:

SÍ	NO	
☐	☐	1. ¿Es usted alérgico a los huevos o productos de huevo?
☐	☐	2. ¿Es usted alérgico a tiomersal (conservante) distintos de la sensibilidad de lentes de contacto?
☐	☐	3. ¿Ha tenido síndrome Guillian-Barré dentro de las seis semanas de tomar una vacuna antigripal?
☐	☐	4. ¿Ha tenido una reacción adversa anterior a la vacuna de gripe?
☐	☐	5. ¿Si menos de 8 años de edad, esta es la primera dosis?

Consentimiento de la vacunación de influenza

He leído y entendido la declaración de información actual de vacunas (VIS) 7/8/15.
Me ha dado la oportunidad de to preguntas, que se han respondido a mi satisfacción.
Creo que entiendo los beneficios y riesgos de tomar la vacuna contra la gripe, y pido que la vacuna se me o a la persona indicada para quien estoy autorizado a firmar.
Cómo puedo comprobar que no Soy alérgico a los huevos y que no he tenido una reacción alérgica grave asociada con la vacunación de combustión en el pasado.

Firma del padre o tutor_____ Fecha____ / ____ / ____

OFFICE USE ONLY

Manufacturer:_____ Lot #:_____ Exp. Date:_____

Site: _____ Dose: 0.5ml 0.25ml Temp_____

Signature:_____Date:_____