



Franciscan Healthcare

INFLUENZA VACCINATION FORMULARIO DE EVALUACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Doctor: _____

¿Ha recibido una vacuna antigripal en los últimos 30 días? Si _____ No _____

(En caso afirmativo, no se indica la vacunación. Si no, continúe la evaluación de contraindicaciones.)

¿Alguna vez has tenido una reacción grave (anafiláctica) a una vacuna contra la gripe?

Si _____ No _____

¿Es alérgico a los huevos o productos de huevo, a los productos que contienen timerosal (solución de lentes de contacto con los ojos) o a los productos que contienen mercurio?

Si _____ No _____

¿Tiene actualmente una enfermedad con fiebre? Si _____ No _____

Consentimiento para la inyección de gripe:

La información sobre la declaración de la vacuna contra la gripe estaba disponible para mí. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna se me administrara a mí o a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema con esta vacunación. Franciscan Healthcare facturará a su compañía de seguros. Autorizo el pago directo de beneficios a Franciscan Healthcare. Seré responsable de todo el saldo no desembolsado de la reclamación en la medida permitida por la ley.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

FOR NURSE USE ONLY:

Influenza Administered

Influenza Vaccine

Site: RD/LD
RVL/LVL

Administered By: _____
Date Given: _____

Manufacturer:
09/14/20 hlk