



2021 CUESTIONARIO DE PACIENTE DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Tiene alguna alergia a los huevos o a la medicina neomicina?

Sí _____ No _____

2. ¿Alguna vez ha tenido parálisis duradera (como pérdida de sensación, poder, o movimiento de alguna parte del cuerpo) o le han dicho que tiene Síndrome de Guillain-Barré?

Sí _____ No _____

3. ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que puede estar embarazada?

Sí _____ No _____

4. ¿Tiene fiebre, o ahora está enfermo/a?

Sí _____ No _____

Formulario de Consentimiento

He leído las reacciones adversas asociadas con la vacuna contra la influenza y la vacuna antineumocócica (neumococo). Una copia de la hoja de la información de medicamentos fabricados en la vacuna está disponible bajo petición. Además, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas. Creo que los beneficios pesan más que los riesgos y yo asumo responsabilidad total por cualquier reacción que pueda resultar. Mi historial médico puede ser compartido con mi médico/compañía de seguro de salud. Estoy solicitando que la vacuna se me administre a mí o a la persona mencionada anteriormente, para quien soy el guardián legal. Yo para mi, mis herederos, ejecutores, y asigna por este medio, libero Fetter Health Care Network de todos y cada uno de los reclamos que surjan de que son en conexión con o de alguna manera partes relacionadas que no serán responsables en ningún momento ni en ningún caso o de cualquier manera responsable por cualquier pérdida, lesión, muerte o daño sufrido or sostenido por cualquier persona en cualquier momento en conexión con o como resultado de este programa de vacunas.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____