



Consentimiento para administración de inmunización contra la influenza (gripe)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, autorizo a UCFS a administrar la vacuna contra la influenza de esta estación y he leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacuna contra la influenza. He tenido la posibilidad de hacer preguntas que me respondieron satisfactoriamente y entiendo los beneficios y los riesgos de la vacunación tal como se describen. Solicito que me administren (o le administren a mi hijo/a) la vacuna contra la influenza.

Firma de padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Me gustaría estar presente cuando le den la vacuna a mi hijo(a)

\_\_\_\_\_  
Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Es alérgico al huevo?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la influenza?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Alguna vez ha tenido síndrome de Guillain-Barré?

\_\_\_\_\_  
Sitio de inyección \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Fecha admin. \_\_\_\_\_ Administrada por: \_\_\_\_\_