



**CONSENTIMIENTO DE INFLUENZA
(INFLUENZA CONSENT)
Spanish**

Nombre del Paciente (Patient Name)	Fecha de nacimiento (Birth Date)
---	---

1. ¿Tiene fiebre el día de hoy? Sí No
2. ¿El día de hoy se siente severamente enfermo? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique _____
3. ¿Ha tenido alguna vez un desorden neurológico o ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré? Sí No
4. ¿Tiene alergia a los huevos de gallina, productos del huevo o al látex? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique _____
5. ¿Antes ha tenido alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique _____

CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN

Yo, por medio de la presente, doy mi consentimiento a CHI Health, a sus agentes y empleados a administrar la vacuna contra la influenza. Yo entiendo que yo podría experimentar una reacción adversa a la vacuna. Yo entiendo que CHI Health y el empleador que patrocina la vacuna contra la influenza el día de hoy, si fuera aplicable, no son responsables de cualquier reacción causada por esta vacuna.

Por favor escriba sus iniciales: _____ Yo reconozco que he recibido la Hoja de Información sobre la Vacunación (Vaccination Information Sheet [VIS, por sus siglas en inglés]) con fecha 8/6/2021, y he tenido tiempo de revisarla y todas mis preguntas han sido contestadas.

Firma (Signature)	Fecha (Date)
Firma del Paciente / Guardián Legal si el Paciente Menor de Edad / Poder Notarial (Signature of Parent/Legal Guardian if Patient is a Minor/Health Care Decision-Maker)	Relación con el Paciente (Relationship to Patient)
	Fecha (Date)

FOR OFFICE USE ONLY

Influenza Vaccine	Deltoid Site	Given By (signature)	Date
	<input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left		