

Centro de Salud de ETHS 2025-2026
VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA
Registro Administrativo y Consentimiento del ESTUDIANTE

Nombre: Apellido Nombre M (segundo nombre)

Domicilio

Fecha de Nacimiento Edad

¿Ha tenido el paciente un trasplante de médula ósea en los pasados 6 meses?
 Sí No

¿Ha tenido el paciente una reacción anafiláctica ante la exposición al látex?
 Sí No

¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción (anafiláctica) severa a la vacuna del flu?
 Yes No

¿Es el paciente alérgico al *thimerosal* (que se encuentra en la solución de los lentes de contacto)?
 Sí No

¿Tiene el paciente una historia del Síndrome de Guillain-Barré (GBS)?
 Sí No

¿Tiene el paciente actualmente fiebre, tos, congestión o garganta inflamada?
 Sí No

¿Está actualmente la paciente embarazada?
 Sí No

“He leído o hecho que me lean, la DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA DE LA INFLUENZA provista con fecha del 1/31/2025. Entiendo la información explicada acerca de la vacuna de la influenza. Mis preguntas acerca de la vacuna fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de esta vacuna. Solicito que me sea administrada la vacuna o a la persona nombrada más arriba para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema con esta vacuna”.

X _____
Firma del Padre/Tutor

Fecha

FOR OFFICE/CLINIC USE ONLY			
LOT # INJECTION	EXP DATE	Sanofi MANUFACTURER	SITE OF
ADMINISTERED BY		DATE ADMINISTERED	