

Surf Pediatrics and Medicine

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor marque SI o NO: El Paciente Tiene lo Siguiete?"

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿El paciente es alérgico a los huevos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Antecedentes del síndrome de Guillain-Barré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reacción grave a cualquiera de los componentes de la vacuna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene fiebre en este momento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Problemas previos con la vacuna contra la influenza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor tenga en cuenta que los pacientes pediátricos de 6 meses hasta los 8 años, deben recibir dos dosis con 30 días de diferencia entre ambas, si NO recibieron la vacuna contra la influenza en el año anterior. Si tiene alguna pregunta, por favor hable con la enfermera que lo vacunará.

E Leído o me an explicado con la información adecuada sobre la influenza y la vacuna de la influeza. Yo e tenido la oportunidad de preguntar preguntas y me la han respondido adecuadamente. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna de la influenza y estoy pidiendo que la vacuna se a dada a mi o la persona de que el nombre aparece arriba. Yo estoy dando mi firma en señal de autorización.

Firma del Paciente/Padre o Madre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Bajo esta línea es sólo para uso del consultorio

_____ Self Pay/State

_____ Medicaid/State

_____ NC Healthchoice/Private

_____ Insurance/Private

_____ Self Pay Adult 19 and above / Private collect \$35.00

.25 PFS

.50 PFS

MDV

High Dose 65+

Lot # _____ Exp: _____ Site: _____ Given By: _____