

Declaración de consentimiento para la vacunación contra la influenza

Por favor, responda las siguientes preguntas de forma veraz y completa. Toda la información recabada está sujeta a confidencialidad médica.

Escriba claramente y marque la casilla correspondiente claramente.

Apellido, nombre. Fecha de nacimiento			
Empleador			
- Ha recibido la vacuna contra la ir Si es así, ¿cuándo?		Sí 🗆	No □
- ¿Ha tenido algún problema de sa	alud durante o después de vacuna érgicas (erupciones cutáneas lengua)?	,	sin importar cuál) para respirar No □
- ¿Tiene alergias o hipersensibilida Si es así, ¿cuáles?	ndes (p. ej. proteína de huevo/pollo	o o formaldehí Sí □	do)? No □
 - En las últimas semanas tuvo una Si es así, ¿cuál enfermedad ha sido y	infección, especialmente con fieb v/o ha debido tomar un tratamiento		No 🗆
- ¿Toma Usted medicamentos regularmente? Si es así, ¿cuáles?		Sí 🗆	 No □
- Sólo mujeres: ¿está Usted emba	razada o podría estarlo actualmen	te? Sí □	No □
He leído detenidamente la inforr he tenido la oportunidad de acla médico/a y de recibir más inforn No tengo más preguntas.	rar cualquier duda en la conv nación de él/ella.	ersación co	
-	cunación mencionada anteri		
ugar, fecha	_ Firma de la persona vacuna	da	
	Documentación		
Vacuna y lote	Fecha de vacunación	Firma del	médico