



VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL 2020-2021

Vacuna inyectable

Lista de control de revisión por influenza estacional /  
Administración / Registro del consentimiento

UTILICE LETRA DE IMPRENTA

APELLIDO	NOMBRE	FIRMA C/INICIALES	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

- |   |         |
|---|---------|
| 1. ¿Está hoy enferma la persona a quien se vacunará?                                  | Sí o No |
| 2. ¿Es esta persona alérgica a los huevos o a algún componente de la vacuna?          | Sí o No |
| 3. ¿Tuvo alguna vez esta persona una reacción severa a la vacuna contra la influenza? | Sí o No |
| 4. ¿Tuvo alguna vez esta persona el Síndrome Guillain-Barre?                          | Sí o No |
| 5. ¿Está embarazada o cree estarlo?   | Sí o No |

**Consentimiento**

*“He leído o se me ha explicado la información acerca de la vacuna contra la Influenza Estacional. He tenido la oportunidad de realizar preguntas, las cuales fueron respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la Influenza Estacional y solicito que esta se me aplique”.*

SLV Health Infection Control conservará este registro. SLV Health registrará qué vacuna se aplicó, cuándo se la aplicó, la marca de la vacuna, el número de lote, el lugar de administración, y la firma y el título de la persona que aplicó la vacuna.

X \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que recibirá la vacuna/Padre o tutor**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX **FOR OFFICE USE ONLY** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
SAN LUIS VALLEY HEALTH, 106 BLANCA AVE, ALAMOSA, CO 81101  
**SEASONAL INFLUENZA**

DATE VACCINE ADMINISTERED: \_\_\_\_\_

MANUFACTURER: \_\_\_\_\_

Lot Number: \_\_\_\_\_ EXP. DATE: \_\_\_\_\_

SITE: \_\_\_\_\_



SIGNATURE OF VACCINE ADMINISTRATOR: \_\_\_\_\_

VIS given to patient:	YES	NO	Date VIS published: 8/15/2019
VFC Eligible:	YES	NO	
Documented in EHR:	YES	NO	