besthealth℠ WAKE FOREST BAPTIST HEALTH | for business

2020-2021 WFBMC FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA VACUNA DE INFLUENZA

NOMBRE LEGAL: _____

 # ID EMPLEADO(A):_____**FECHA DE NACIMIENTO:**__/_____/_____**EDAD:** _____

NOMBRE DE COMPAÑÍA:_____**# CONTACTO / CORREO ELECTRÓNICO:** _____

VACUNA INACTIVADA DE INFLUENZA (INYECTABLE)

SÍ	NO	
❑	❑	1. ¿Ya recibió la vacuna contra la influenza esta temporada?
❑	❑	2. ¿Es alérgico(a) a alguno de los componentes de la vacuna contra la influenza?
❑	❑	3. ¿Ha recibido un trasplante de célula madre o médula ósea en los últimos 4 meses?
❑	❑	4. ¿Alguna vez ha tenido Síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores de haber recibido una vacuna contra la gripe (flu)?
❑	❑	5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica a la vacuna contra la influenza? **
❑	❑	6. ¿Ha tenido una temperatura de 100.4 ° o más en las últimas 24 horas?
❑	❑	7. ¿Es la primera vez que recibe una vacuna contra la gripe (flu)?

NOTA: ** Una reacción anafiláctica es una reacción alérgica seria y de desarrollo rápido que afecta a diferentes áreas del cuerpo al mismo tiempo.

❑ He recibido una copia de la Declaración de Información de Vacunas de la CDC para la Vacuna Inactivada de Influenza (VIS, siglas en inglés).

❑ He leído la VIS (Vacuna Inactivada de Influenza, 15/Ago/2019) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y de entender por completo los beneficios y los riesgos de vacunarse con la Vacuna Inactivada de Influenza.

Firma:_____Fecha/Hora: _____

For Office Use Only:

Manufacturer/Vaccine Type	Dose Admin	Lot#/Exp. Date		Anatomical Site	
❑ Standard Quadrivalent	0.5 mL	_____	❑	LT Deltoid	❑ RT Deltoid
❑ High Dose Quadrivalent	0.5 mL	_____	❑	LT Deltoid	❑ RT Deltoid

_____ _____ _____

Vaccinator Name (Print) Vaccinator Signature (Include Credentials) Date/Time