



Formulario de autorización de la clinica para la gripe

Doy permiso a Mundelein Pediatrics para administrar la vacuna contra la gripe (influenza) a mi hijo (a)

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Fecha: _____

Antes de que su hijo (a) reciba la inyección contra la gripe (influenza) o el aerosol nasal, por favor verifique las siguientes opciones que correspondan.

_____ ¿Su hijo (a) tiene una enfermedad moderada o grave en la actualidad?

_____ ¿ Su hijo (a) ha tenido un silvido en las vias respiratorias en las ultimas 3 semanas?

_____ ¿Su hijo (a) ha tenido temperatura de 100.5 grados por la boca en las ultimás 24 horas?

_____ ¿Su hijo (a) ha tenido una alergia anafiláctica al huevo?

_____ ¿Su hijo (a) ha recibido cualquier otra vacuna de virus vivos en los últimos 28 días. esto incluye el sarampión, las paperas, la rubéola (MMR), varicela (VAR), u otra vacuna contra la gripe en aerosol nasal?

_____ ¿Su hijo tiene un historial de síndrome de Guillain-Barré?

_____ Ninguna de las preguntas aplican.

Firma del padre o tutores legales: _____ Fecha: _____

Imprima Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Uso Para La Oficina

Influenza Injection: Right Deltoid Left Deltoid Right Thigh Left Thigh **Influenza Mist**

Administering: RN/ LPN/ CMA: _____

Temperature: _____ VIS Given: _____