



**FCCHC – Formulario de Consentimiento de Vacuna (ANTIGRI PAL)**

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a la vacuna contra la gripe? | YES | NO |
| 2. ¿Es usted alérgico a huevos o productos de huevo?                        | YES | NO |
| 3. ¿Tienes una historia de síndrome de Guillain-Barre?                      | YES | NO |
| 4. ¿Es usted alérgico a timerosal (conservante de mercurio base)?           | YES | NO |
| 5. ¿Es usted alérgico al látex?   | YES | NO |
| 6. ¿Se siente usted enfermo hoy o tiene fiebre?                             | YES | NO |

Por la presente certifico que la historia anterior es verdadera y completa al mejor de mis conocimientos y he recibido y leído la "hoja de información de vacuna" de los CDC, han tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción y deseo recibir la vacuna contra la gripe. Además, por este medio me relevo y descargo para siempre, mis herederos, ejecutivos y los administradores y cesionarios, **Primera opción centros de salud comunitarios** (FCCHC) y sus empleados, dueños y representantes de cualquier y todo reclamo, demandas, acciones y causas de acción, que puede resultar de la participación en este programa.

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Fabricación y Lot # \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Sitio de la inyección: R L deltoides:      R      L      Deltoid

Firma y título de administrador de la vacuna:: \_\_\_\_\_

✦ Síndrome de Guillain-Barre es una enfermedad asociada a la gripe porcina en 1976, caracterizada por fiebre, debilidad muscular y daño de nervio.

**ANDERSON CREEK MEDICAL/DENTAL      ANGIER      BENHAVEN      LILLINGTON**