



1200000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

**FORMULARIO DE RENUNCIA PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA  
FLU VACCINE WAIVER FORM**

Para ser completado por el paciente o representante legal:

To be completed by the patient or legal representative:

Por favor conteste las siguientes preguntas y, a continuación firmar y añadir la fecha de hoy.

Please answer the following questions, then sign and add today's date.

- ¿Es usted alérgico a los huevos?..... SÍ  NO  
Are you allergic to eggs?.....YES NO
- ¿Es usted alérgico al thimerosal (solución para lentes de contacto)?..... SÍ  NO  
Are you allergic to thimerosal (contact lens solution)?.....YES NO
- ¿Es usted alérgico al látex?..... SÍ  NO  
Are you allergic to latex?.....YES NO
- ¿Alguna vez a tenido alguna reacción alérgica grave?..... SÍ  NO  
Have you ever had a severe allergic reaction?.....YES NO
- ¿Ha recibido algún otro tipo de vacuna en los últimos 14 días?..... SÍ  NO  
Have you received another type of vaccine in the last 14 days?.....YES NO
- ¿Ha sido usted vacunado anteriormente para la influenza?..... SÍ  NO  
Have you ever had a flu shot before?.....YES NO

Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que se me administre la vacuna o que se le administre a la persona cuyo nombre aparece a continuación por la cual estoy autorizado(a) hacer esta petición. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción.

I understand the benefits and risks of flu vaccine and request that the vaccine be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction.

Firma: \_\_\_\_\_  
Signed:

Fecha: \_\_\_\_\_  
Date

Relación si es otro(a) que el paciente:  
\_\_\_\_\_  
Relationship if other than the patient:

**TO BE COMPLETED BY CLINIC STAFF**

Patient name verified Second identifier given by patient: DOB MRN  
 Influenza Vaccine 0.5 ml IM was given. Site: \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ L deltoid  
 Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Manufacturer/Lot #/Exp Date: \_\_\_\_\_  
 Reactions: None apparent \_\_\_\_\_  
 Flu vaccine education handout given and reviewed with patient / family  
 Barriers to learning: none physical emotional cultural educational language  
 other: \_\_\_\_\_  
 Barriers addressed by: \_\_\_\_\_  
 Response to learning: demonstrates understanding needs reinforcement / repetition  
 needs complete review unable to complete teaching  
 Plan if unable to complete teaching: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ RN LPN