

Nombre:		Fecha:	
N.º de ID de empleado:	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	
Departamento:		Gerente:	
Estado de miembro del equipo:			
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Otro			

Cuestionario de salud - PARTE 1

NO SÍ

- ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a una vacuna contra la gripe o a un componente de la misma? (Una reacción alérgica grave incluye dificultad respiratoria, latido del corazón rápido o vómitos que requieren atención médica de emergencia o medicación recetada) NO SÍ
- ¿Ha tenido Guillain-Barré en las 6 semanas siguientes a la recepción de una vacuna contra la gripe? NO SÍ

Si respondió SÍ a cualquiera de estas preguntas, debe consultar con su médico. Puede optar por recibir la vacuna contra la gripe en el consultorio de su médico O pedir a su médico que llene un formulario de SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA. Debe enviar el formulario de exención a Employee.Health@EEHealth.org para su revisión antes del 1º de noviembre de 2022

Cuestionario de salud - PARTE 2

NO SÍ

- ¿Ha tenido una reacción alérgica a los huevos o a los productos del huevo? NO SÍ
- ¿Padece alergia al látex? NO SÍ
- ¿Tiene actualmente alguna infección activa, incluyendo COVID, fiebre (>101.0º F), o síntomas similares a los de la gripe? NO SÍ
- ¿Tiene usted 65 años o más? NO SÍ

Consentimiento:

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para recibir una vacuna antigripal de 0,5mL IM. Comprendo que ocasionalmente pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas tras la administración de esta vacuna:

- dolor en el lugar de la inyección durante 1 a 2 días
- fiebre, cansancio, dolores corporales (síntomas similares a los de la gripe) durante 1 a 2 días
- enrojecimiento e hinchazón leves en el lugar de la inyección

He recibido una copia de la declaración informativa sobre la vacuna contra la gripe. Basándome en esta información, he tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas a mi satisfacción y comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación contra la gripe. Además, he leído la información anterior y no conozco ninguna razón que me prohíba recibir la vacuna. Yo, el abajo firmante, por la presente, doy mi consentimiento para que los médicos, enfermeros, farmacéuticos y/o asistentes médicos asociados a NorthShore - Edward-Elmhurst Health me administren la vacuna contra la gripe. Estoy de acuerdo en que el Departamento de Salud de los Empleados puede transferir un registro de esta vacunación a mi expediente médico de Epic, si lo tengo.

Firma _____

Fecha _____

Manufacturer/ Fabricante:	Date Given/ Fecha de administración:	Time/ Hora:
Lot Number/ Número de lote:	Site /Sitio:	<input type="checkbox"/> Left Deltoid/ Deltoides izquierdo <input type="checkbox"/> Right Deltoid/ Deltoides derecho
Expiration Date/ Fecha de Vencimiento:	Administered By Signature Administrada por, firma:	
VIS Date/Fecha de VIS: 8/6/2021		