

NORVAR HEALTH SERVICES
1001 Connecticut Ave. NW
Suite 210
Washington, DC 20036
(202) 744-1360

PERMISO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ('flu')

Yo doy permiso voluntariamente y de mi poder propio a Norvar Health Services y sus empleados para que me administren la vacuna contra la influenza ('flu'). Declaro que tengo más de 18 años de edad y que:

- No tengo alergia a los huevos de gallina
- Jamás he tenido una severa reacción alérgica luego de recibir la vacuna contra el 'flu'
- No tengo problemas de sangrado y coagulación

Entiendo que si tengo una condición contraria a lo presentado arriba, yo podría estar a riesgo de complicaciones médicas de la vacuna y entonces, sería mejor que yo no recibiera la vacuna contra el 'flu'.

Entiendo que aunque los riesgos asociados con la vacuna contra el 'flu' son raros, posibles reacciones adversas incluyen, pero no son limitadas a: 1) Parálisis de Nervios, 2) Síndrome de Guillain-Barre, 3) Encefalitis, y 4) Reacciones Alérgicas. También entiendo que no es posible predecir todos los efectos secundarios posibles o complicaciones asociadas con la vacuna contra el 'flu'.

Entiendo que recibir la inyección de la vacuna contra el 'flu' es voluntario y doy mi permiso conociendo esta información. Yo, por mi parte, mis herederos, mis albaceas y mis asignados aquí eximo a Norvar Health Services y a sus empleados y agentes de cualquier y todo reclamo, daño, pérdida, costo, gasto, acción de cualquier tipo (incluyendo, sin límite, gastos de abogados) que surja de, en conexión con o en cualquier forma, directamente o indirectamente, asociado con recibir la vacuna contra el 'flu'.

Estoy de acuerdo en esperar 5 minutos después de recibir la vacuna en el área inmediata.

- Tengo más de 65 años de edad y quiero recibir la vacuna de ALTA-DOSIS contra la influenza/'flu'.
- Tengo más de 65 años de edad y quiero recibir la vacuna de DOSIS-REGULAR contra la influenza/'flu'.
- Tengo menos de 65 años.

Firma

Fecha

Nombre en imprenta

Firma de enfermera/Nurse's signature

Brand administered _____ Lot Number _____ Quadrivalent High-dose