

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA
ANTIGRI PAL 2021-2022**

Imprescindible traer el día de la cita

Yo, D./Dña. con DNI
número.....CERTIFICO que he sido informado/a, he entendido y no
tengo dudas de la información recibida sobre la vacunación antigripal con la vacuna:

• VAXIGRIP TETRA (para personas entre los 6 meses y los 64 años de edad)

• CHIROMAS (para personas de edad igual o mayor de 65 años)

*Marcar lo que proceda por edad

Y declaro que **ACEPTO** la vacunación.

FECHA:

FIRMA: