

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

He leído o me han explicado, la información acerca de la influenza y la vacuna contra ella. He tenido la oportunidad de discutir los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza con mi proveedor de salud previo a mi visita de hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza, y solicito que se suministre la vacuna a mí/mi hijo(a). (Seleccione una opción)

Por favor escriba:

3/4 ID o 4 últimos dígitos

Nombre: _____ de su Seguro Social: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento de su hijo(a): ____/____/____ Edad: _____ (si es aplicable)

Es su hijo(a) 6 meses o menor de 6 meses? SI/ NO (si su respuesta es "no", su hijo(a) puede no recibir la vacuna en esta ocasión.)

Nombre del Padre/Madre o acudiente: _____

La vacuna es para: (Elija una opción) Doctor Empleado Contratista Voluntario
Miembro de la familia (Adulto) Miembro de la familia (Menor) Otro _____

Compañía/Organización: _____

La persona que recibe la vacuna, ha tenido alguna vez una alergia severa (hipersensibilidad) o reacción a los huevos, pollo o plumas de pollo? ____SI ____No

Ha tenido, la persona que recibe la vacuna, alguna historia de síndrome de Guillain – Barré o problemas neurológicos persistentes? ____SI ____No

Está, la persona que recibe la vacuna, embarazada? ____SI ____No (Si la respuesta es sí, LAIV es contraindicada, se recomienda TIV)

Es, la persona que recibe la vacuna, alérgica al Thimerosal (Preservativo encontrado en la solución para lentes de contacto), Algún ingrediente de vacunación, o látex? ____SI ____No

Para niños de 6 meses a 8 años, han recibido 2 o más dosis de la vacuna contra la influenza desde julio de 2010? ____SI____No____N/A

(Si la respuesta es no, el niño)(a) necesitará recibir 2 vacunas [con al menos un mes de diferencia] para mejor protección contra la influenza.

Firma de la persona que recibe la vacuna O Padre/Madre o acudiente

Fecha

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO. ES PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE/DO NOT WRITE IN THIS SPACE—OFFICE USE ONLY VIS Edition Provided: _____

Lot number: _____ Expiration Date: _____ CHECK ONE:

- ____ 0.5 mL IM Influenza Virus Vaccine given in ____left ____right deltoid – TIV or QIV
- ____ 0.5 mL IM Influenza HIGH Dose Virus Vaccine given in ____left ____right deltoid (65+) TIV-SR
- ____ 0.2 mL Live Attenuated Influenza Virus Vaccine given intranasally (half each nostril)
- ____ 0.5mL Intradermal Virus Vaccine site _____ - TIV
- ____ 0.5mL FluBlok Influenza Virus Vaccine given in ____left ____right deltoid
- ____ Children 6-35 months: 0.25 mL/dose given in ____left ____right deltoid (1 or 2 doses per season)
- ____ Children 3-8 years: 0.5 mL/dose given in ____left ____right deltoid (1 or 2 doses per season)
- ____ Children older than 9 years: 0.5 mL/dose given in ____left ____right deltoid (1 dose per season)

Nurse/ Provider's Signature

Date

Time

Place Employee Info label here, if desired