

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

He leído o me han explicado, la declaración de información de la vacuna CDC acerca de la influenza y la vacuna contra ella. Entiendo que esta vacuna puede causar síntomas parecidos a la influenza en algunas personas, y en raras ocasiones, síndrome de Guillain – Barré. He tenido la oportunidad hacer preguntas, las cuales fueron respondidas para mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza, y solicito que se suministre la vacuna a mí (o a la persona nombrada a continuación, por quien yo estoy autorizado(a) a realizar una solicitud.)

Por favor escriba:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Nombre del Padre/Madre o acudiente: _____

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: _____ Dose #1 or Dose #2
(Circle One - Pediatric Only)

LAIV Nasal spray is recommended for children aged 2-8 (older adolescents and adults may receive as well if stock allows).

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 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/MA/Provider's Signature

Date

Time

