

## Consentimiento para la vacuna antigripal 2021-2022

Nombre (con letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_  Empleado  Dependiente-Cónyuge  Dependiente-Hijo

Fecha de nacimiento del niño \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ y edad \_\_\_\_\_ (si corresponde) ¿Tiene su niño 6 meses de edad o más?  Sí  NO (Si la respuesta es "no", es posible que su hijo no reciba la vacuna en este momento).

### Conteste las siguientes preguntas

- ¿Alguna vez ha recibido la vacuna antigripal?  Sí  No
- ¿Está usted embarazada ahora, o podría estarlo o está amamantando?  Sí  No  N/A
- ¿Es alérgico a algún medicamento, Neomicina, látex, timerosal, huevos o productos derivados del huevo?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción a la vacuna antigripal o a otra vacuna?  Sí  No
- ¿Actualmente está enfermo o tiene fiebre?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha tenido antecedentes del síndrome de Guillain-Barré u otro trastorno neurológico?  Sí  No
- ¿Ha recibido una vacuna viva o atenuada en los últimos 30 días?  Sí\*  No

\*Si la respuesta es Sí, se recomienda espaciar las vacunas vivas o atenuadas > 4 semanas para una eficacia total

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA ANTIGRIPAL ESTACIONAL** He leído o me han explicado la información sobre la gripe y la vacuna antigripal. Tuve la oportunidad de discutir los beneficios y riesgos de la vacuna antigripal con un proveedor de atención médica de mi elección antes de venir hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas de manera satisfactoria. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna antigripal y solicito que se administre la vacuna a  MÍ  MI HIJO. **Nota: Se recomienda que usted o su hijo esperen en la clínica durante 15 minutos después de recibir la inyección. Si decide no esperar, ponga sus iniciales en la siguiente línea:** \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del receptor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

### NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - SÓLO PARA USO DE LA CONSULTORIO

Nombre de la marca		Fecha/hora de administración	_____ a. m./p. m. _____/_____/_____
Fabricante		Dosis	
Número de lote		Sitio de la inyección	<input type="checkbox"/> Deltoide
Fecha de caducidad	____/____/_____	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo

VIS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  Proporcionada al receptor/tutor

Nombre del personal con letra de molde

Firma del personal