

# 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