

## CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre: \_\_\_\_\_

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

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

### Favor de circular

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene 18 años de edad o más?  | Si | No |
| 2. ¿Ha recibido la vacuna contra la influenza?  | Si | No |
| 3. Si respondió que sí, tuvo alguna reacción alérgica severa?   | Si | No |
| Explique la reacción _____  |    |    |
| 4. ¿Tiene alergia al huevo o productos derivados del huevo? Si respondió que no, continúe a la pregunta número 5. |    |    |
| Si respondió que sí, ¿ha recibido la vacuna que no contiene huevo?  | Si | No |
| ¿Tuvo alguna reacción alérgica a la vacuna que no contiene huevo?   | Si | No |
| 5. ¿Ha tenido fiebre, infección respiratoria, náuseas, vómito y/o diarrea en las últimas 24 horas?                | Si | No |
| 6. ¿Tiene alergia al látex?   | Si | No |
| 7. ¿Es usted alérgico al timerosal (preservativo encontrado en solución para lentes de contacto)?                 | Si | No |
| 8. ¿Alguna vez ha sido paralizado por síndrome de Guillain Baré?  | Si | No |
| 9. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días?   | Si | No |
| 10. Mujeres solamente: ¿Está usted embarazada?  | Si | No |

Obtuve y revise la copia de declaración sobre la vacuna contra la influenza. He tenido tiempo de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza. Doy consentimiento para recibir la vacuna. Puedo sufrir reacciones moderadas incluyendo dolencia al área en donde se administre la vacuna, molestia, y fiebre leve. Si empiezo a tener respiración sibilante o problemas respiratorios, ronchas, o sarpullido severo debo de reportarme de inmediato a una sala de urgencias cercana para recibir tratamiento para una posible reacción alérgica severa y hacer seguimiento con mi médico de cabecera.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona recibiendo la vacuna o persona responsable para autorizar

Clínica: \_\_\_\_\_

Fabricante de vacuna/Nombre # de lote/ Fecha de vencimiento
---

Sitio de inyección:  Deltoide derecho  Deltoide izquierdo

\_\_\_\_\_  
Fecha

VIS received

\_\_\_\_\_  
Inicial

\_\_\_\_\_  
Firma y título de la enfermera administrado la vacuna

\_\_\_\_\_  
Fecha