

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA
VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2022 – 2023**



Reimaginando La Experiencia Médica

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

SI SE TRATA DE UN MENOR ESTE FORMULARIO LO DEBERÁ LLENAR UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL

Favor de leer la hoja de Información sobre la vacuna contra la influenza (gripe) y contestar las siguientes preguntas.

*Para asegurarse de que no tiene una reacción alérgica, nuestra política es que espere 15 minutos después de la administración de la vacuna, debido a la posibilidad de una reacción alérgica. La vacuna contra la Influenza produce inmunidad en aproximadamente 2 semanas.

No lo protege del resfriado común, la bronquitis, la neumonía, o virus Corona.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Esta es la primera vez en su vida que recibe la vacuna contra la gripe? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a la vacuna contra la gripe, los huevos de gallina, plumas de gallina, timerosal, polimixina, neomicina, o ha sido diagnosticado con la enfermedad de Guillain-Barre? (No podemos darle la vacuna contra la gripe en esta clínica.) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usted es alérgico al latex? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre en las últimas 48 horas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Toma medicamentos para diluir la sangre todos los días? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Leyó y entendió la Información sobre la vacuna contra la influenza? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Es mayor de 9 años? Debe tener al menos 9 años de edad para poder recibir la inyección de la vacuna contra la gripe hoy. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Está embarazada o tiene intención de concebir en 3-6 meses? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene usted alguna pregunta? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Después de la vacuna contra la gripe, acepto esperar 15 minutos en esta ubicación de la clínica por mi seguridad.

Firma del cliente

Fecha

Soy el padre o madre o tutor legal de _____ y doy mi consentimiento para que este niño reciba la vacuna contra la gripe.

Ponga con letra de imprenta el nombre del padre o madre o tutor legal _____

Firma _____

PARAR ANTES DE LA LÍNEA ROJA

PAYMENT No Cost **Employee:** _____ **ID Number:** _____
Volunteer/Intern/Student (circle one)
Vendor/Contractor-Place of work and contact phone: _____

Received sticker for badge: _____

FOR NURSES

Name of Vaccine: _____ **Lot #:** _____ **Exp. Date:** _____

I have reviewed the patient questionnaire and will refer to 2022– 2023 Palomar Health Influenza Vaccination Protocols.

Immunized with 2022 – 2023 Influenza vaccine 0.5mL IM (intramuscular) **Circle one: Right Deltoid / Left Deltoid**

Clinic Location _____ **Date** _____

Signature of Nurse _____

Signature on file for Teja Singh M.D., Physician for Palomar Health Community Influenza Vaccination Clinics

Protocols reviewed and approved 9/1/22