

**HealthWorks 2018-2019 Formulario de consentimiento de vacuna contra la influenza**

**Sección 1: Información sobre la persona a recibir la vacuna (por favor imprima)**

Nombre: Apellido				Primer Nombre:				
Fecha de nacimiento		MM/DD/YYYY		Edad:		Círcule: M/F		
Número telefónico del día:			Empleador:			Proveedor de Seguros		
Escriba la identificación de miembro de seguro tal como aparece en su tarjeta de seguro en los cuadros: (NO GRUPO #)								

**Sección 2: Por favor marque las casillas correspondientes que se aplican con usted:**

1. **Condiciones Pre-inmunización:** para su protección, debe responder con precisión a cada pregunta:

- Yes  No      ¿Usted sufre de sensibilidad o alergia al huevo, productos de huevo, o timerosal (utilizado como conservante)?
- Yes  No      ¿Actualmente tiene una temperatura corporal elevada (fiebre), respiratorio agudo u otra enfermedad activa?
- Yes  No      ¿Se encuentra actualmente tomando antibióticos para una infección activa?

2. **¿Antecedentes personales: Tiene un médico o proveedor de atención médica te le ha dicho que tiene o tuvo cualquiera de las siguientes condiciones?**

- Yes  No      ¿Tiene antecedentes de haber tenido un trastorno neurológico que causa parálisis temporal llamada síndrome de Guillain-Barré?
- Yes  No      ¿Se le ha apretado la garganta, o ha tenido incapacidad para respirar, o tenido una reacción alérgica inmediatamente después de una vacunación previa?

**Sección 3: Consentimiento**

**Consentimiento para la vacunación: las reacciones más comunes pueden ser brazos adoloridos o sensibles en el sitio de la inyección, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza o dolores musculares. Los síntomas suelen durar entre 24-48 horas. Libero de toda responsabilidad a HealthWorks y sus afiliados de cualquier reacción resultante de la inyección y tomar plena responsabilidad para buscar atención médica si se produjeran síntomas más severos. Reconozco que no tengo ninguna condición, pero no limitado a, las condiciones enumerados en la sección 2 anterior que me impiden recibir una vacuna contra la gripe en este momento, he leído, o me han explicado, la declaración de información de 2018-2019 de la vacuna de la vacuna contra la gripe estacional y entiendo los riesgos y beneficios.**

**Doy consentimiento a HealthWorks y su personal a administrarme la vacuna de la gripe de temporada 2018-2019.**

**Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma del padre / tutor si es menor de 18 años**

**Sitio de la inyección: Enfermera solamente**  
**(círculo/inicial)**

La vacuna cuadrivalente 2018-2019 contiene las siguientes cepas:

- For H1N1, an A/Michigan/45/2015-like virus;
- For H2N2, an A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016-like virus;
- For B Victoria, a B/Colorado/06/2017-like virus;
- For B Yamagata, a B/Phuket/3073/2013-like virus

**(L)Izquierda/ (R)derecho**