

**HealthWorks 2019-2020 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 de día:	Empleador:	Proveedor de Seguros	
¿Está cubierto por el plan de seguro de su empresa?	SI	NO	
En caso afirmativo, ¿es su seguro PRIMARIO?	SI	NO	
Escriba la identificación de miembro de seguro tal como aparece en su tarjeta de seguro en los cuadros: (NO GRUPO #)			

**NOTA: ¡NO aceptamos planes de Medicaid, Medicare o SECUNDARY Anthem, Humana o MMOH!**

**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 2019-2020 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 2019-2020.**

**Firma:**

**Fecha:**

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

La vacuna cuadrivalente 2019-2020 contiene las siguientes cepas:

- For H1N1-like virus, A/Brisbane/02/2018 (IVR-190)
- For H3N2-like virus, A/Kansas/14/2017 (X-327)
- For B Colorado-like virus, B/Maryland/15/2016
- For B Phuket-like virus, B/Phuket/3073/2013 BVR-1B

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

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