

HealthWorks 2020-2021 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 2020-2021 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 2020-2021.

Firma:

Fecha:

Firma del padre / tutor si es menor de 18 años

La vacuna cuadrivalente 2020-2021 contiene las siguientes cepas:

- For H1N1-like virus, A/Victoria/2454/2019 IVR-207
- For H3N2-like virus, A/Hong Kong/2671/2019 IVR-208
- For B/Washington-like virus, B/Victoria/705/2018 BVR-11
- For B Phuket-like virus, B/Phuket/3073/2013 BVR-1B

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

(L)Izquierda/ (R)derecho