

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

Apellido Nombre:	Primer Nombre:		
Dirección postal:			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	Age	Masculino	Femenino
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	
<b>Escriba la identificación de miembro de seguro tal como aparece en su tarjeta de seguro en los cuadros: (No Número de grupo)</b>			

**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:

SI  No Usted sufre de sensibilidad o alergia al huevo, productos de huevo, o timerosal (utilizado como conservante)?

SI  No Actualmente tiene una temperatura corporal elevada(fiebre),respiratorio agudo u otra enfermedad activa?

SI  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?

SI  No Tiene antecedentes de haber tenido un trastorno neurológico que causa parálisis temporal llamada síndrome de Guillain-Barré?

SI  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 2022-2023 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 2024-2025.**

Firma:

Fecha:

Firma del padre / tutor si es menor de 18 años

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

**La vacuna cuadrivalente 2024-2025 contiene las siguientes cepas:**

- an A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like virus;
- an A/Thailand/8/2022 (H3N2)-like virus; and
- a B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria lineage)-like virus.

(L)Izquierda

(R)derecho