

**Consentimiento de la vacuna contra la influenza HealthWorks 2025-2026**

**Sección 1: Información personal (EN LETRA DE FAVOR)**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido:       | Nombre:       |
| Domicilio:       | Masculino [ ]  Hembra [ ]  |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):       | Edad:       | Teléfono diurno:       |
| Empleador:       | Proveedor de seguros:       |
| ¿Está cubierto por el plan de seguro de esta compañía? Sí [ ]  No [ ]  |
| Si respondió "sí" arriba, ¿es su seguro PRINCIPAL? Sí [ ]  No [ ]  |
| **Obligatorio:** Identificación de miembro del seguro tal como aparece en su tarjeta de seguro:       |
| ***NOTA: ¡NO aceptamos Medicaid, Medicare o planes SECUNDARIOS de Anthem, UHC o MMOH!*** |

# **Sección 2: Marque las casillas correspondientes que le correspondan:**

1. **Condiciones previas a la vacunación:** Responda con precisión a cada pregunta de esta sección:

|  |  |
| --- | --- |
| Sí [ ]  No [ ]  | ¿Sufre de sensibilidad o alergia al huevo, los productos de huevo o el timerosal (un derivado del mercurio utilizado como conservante)? |
| Sí [ ]  No [ ]  | ¿Actualmente tiene una temperatura corporal elevada (fiebre), una infección o enfermedad respiratoria aguda u otra infección o enfermedad activa? |
| Sí [ ]  No [ ]  | ¿Está tomando antibióticos o esteroides actualmente para una infección activa? |

1. **Antecedentes personales:** ¿Alguna vez un médico o proveedor de atención médica le ha dicho que tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

|  |  |
| --- | --- |
| Sí [ ]  No [ ]  | Síndrome de Guillain-Barré: ¿un trastorno neurológico que causa parálisis temporal? |
| Sí [ ]  No [ ]  | ¿Un opresión en la garganta, incapacidad para respirar o una reacción alérgica inmediatamente después de una vacuna anterior? |

# **Sección 3: Consentimiento para la vacunación**

|  |
| --- |
| Entiendo que los efectos secundarios comunes de la vacuna pueden incluir dolor en el brazo, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza o dolores musculares, que generalmente duran de 24 a 48 horas. Libero a HealthWorks y sus afiliados de la responsabilidad por cualquier reacción y buscaré atención médica si se presentan síntomas graves. Confirmo que no tengo ninguna condición enumerada en las Secciones 1 y 2 que me impidan recibir la vacuna contra la gripe. **He leído o me han informado de la Declaración de información sobre vacunas de los CDC y entiendo sus riesgos y beneficios y doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la gripe:** |
| Firma:       | Fecha:       |
| Firma del padre/tutor si es menor de 18 años:       |

**Lugar de inyección: Solo enfermera**

(Círculo/Inicial)

**Izquierda**

**Derecha**

La vacuna trivalente 2025-26 contiene las siguientes cepas:

* A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-virus similar;
* A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2) (nuevo para 2025-2026); y
* B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria)