



CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN Y EVALUACIÓN

Lista de verificación de precaución:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Alergicos a los huevos o productos de huevo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Enfermedad respiratoria o fiebre actual? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Antecedentes de síndrome de Guillain-Barre? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Estas embarazada? (en el primer trimestre?) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe antes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ha recibido otras vacunas en las últimas 2 semanas? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Estas inmunocomprometido? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Inicial:

_____ Estoy libre de cualquier condición de precaución, o he adjuntado la declaración de un médico solicitando que me administren esta vacuna.

_____ He recibido y leído la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) sobre la Influenza.

_____ He leído o he tenido los riesgos y beneficios de la vacuna contra la gripe me han sido explicados.

Nombre de pila: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: Mujer Masculino

Domicilio: _____ Numero de telefono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____

Quiero recibir: Quadrivalent Flu Vaccine

Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el padre o tutor legal del paciente menor; o (c) el tutor legal del paciente. Además, doy mi consentimiento al personal médico de la clínica de vacunación el 23 de octubre de 2019, según corresponda (cada uno de ellos un "proveedor aplicable"), para administrar la vacuna Flucelvax Quadrivalent. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la recepción de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) anterior(es) y he recibido, leído y/o me había explicado las Declaraciones de Información sobre Vacunas sobre el Quadrivalent. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Además, reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para la observación por parte del proveedor de atención médica administradora. En nombre mío, mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de toda responsabilidad al Proveedor aplicable, a su personal, a sus agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todos y cada uno de los responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas que surjan de, en relación con, o de alguna manera relacionadas con la administración de la(s) vacuna(s) enumerada(s) anteriormente. Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios del registro de inmunización de mi estado ("Registro estatal") y el intercambio de información de salud de mi estado ("STATE HIE"); y (b) el Proveedor aplicable puede divulgar mi información de inmunización al Registro Estatal, al ESTADO HIE, o a través de la HIE Estatal, al Registro Estatal, con fines de reporte de salud pública o a mis proveedores de atención médica inscritos en el Registro Estatal y/o HIE estatal para fines de coordinación de la atención. Entiendo que, dependiendo de la ley de mi estado, es posible que deba dar su consentimiento específico, y en la medida requerida por la ley de mi estado, al firmar a continuación, por la presente doy mi consentimiento para que el Proveedor aplicable informe mi información de inmunización al ESTADO HIE, o a través de la Estado HIE y/o Registro Estatal a las entidades y para los fines descritos en este formulario de Consentimiento Informado..

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(Padre o tutor, si es menor de edad)

To be filled out by person administering vaccine:

Brand of Vaccine: Flucelvax Quadrivalent Lot # 259807 259810 259814

Expiration Date: 05/31/2020 or 06/2020 Dose: .5ml

Deltoid Injection Site: LEFT RIGHT

Immunizer: Initials: _____ Date: _____ Time: _____