



Vacuna para la influenza/Forma de Consentimiento

2025-2026

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Circule Si o No a las proximas preguntas:

1. Su hijo/a a tenido alguna reacción alérgica anteriormente a la vacuna de la influenza? ¿O su hijo/a es alérgico a algún componente a la vacuna de la influenza?	Si	No
2. Tiene su hijo/a historia de Síndrome Guillain-Barre?	Si	No
3. ¿Su hijo/a está actualmente moderadamente/gravemente enfermo (con o sin fiebre)?	Si	No

Si su contestacion es Si algunas de estas preguntas, su hijo/a posiblemente no va a poder recibir la vacuna de la influenza.

NIÑOS MENORES DE 9 AÑOS DE EDAD ÚNICAMENTE:

1. Antes del 1 de julio de 2025, ¿alguna vez su hijo/a a recibido al menos otras 2 vacunas contra la influenza en su vida?	Si	No
--	----	----

Si respondió NO a la pregunta anterior, su hijo/a deberá recibir una segunda dosis de la vacuna contra la gripe administrada al menos dentro de 28 días.

2. ¿Su hijo/a ya recibió una vacuna contra la influenza esta temporada (es decir, hoy sería la segunda dosis)?	Si	No
2b. En caso afirmativo: ¿Han pasado al menos 28 días desde la última dosis de la vacuna contra la influenza?	Si	No

Declaración de consentimiento / renuncia: "He recibido y leído la Declaración de información sobre la vacuna inyectable contra la influenza. Entiendo que es posible que mi compañía de seguros no cubra el costo de la vacuna contra la influenza. Si no lo hacen, acepto pagar \$ 35.00 para cubrir el costo de la vacuna".

Firma del Padre/o encargado _____ Fecha _____

Imprima Nombre del Padre/o encargado _____

Solo para uso de oficina:: (Circle selections)

PRIVATE / VFC

Left / Right

Arm / Thigh

Please print initials clearly:

Vaccine Administered by: _____

Entered in eCW by: _____