



# Vacuna para la influenza/Forma de Consentimiento

2023-2024

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Circule Si o No a las proximas 3 preguntas:

1. Tiene su niño historia de Guillain-Barré Síndrome?	Si	No
2. A tenido su niño alguna reaccion anteriormente a la vacuna de la influenza?	Si	No
3. Tiene su niño alguna reaccion a la gentamicina, gelatina o arginine?	Si	No

**Si su contestacion es Si algunas de estas preguntas, su niño 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 2023, ¿alguna vez su hijo recibió al menos otras 2 vacunas contra la influenza en su vida?	Si	No
---	----	----

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

2. ¿Su hijo ya recibió una vacuna contra la influenza esta temporada (es decir, hoy sería la segunda dosis)?	Si	No
--	----	----

2b. <b>En caso afirmativo: ¿Han pasado al menos 28 días desde la última dosis de la vacuna contra la influenza?</b>	Si	No
---	----	----

Declaración de consentimiento / renuncia: "He recibido y leído la Declaración de información sobre la vacuna 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 \_\_\_\_\_

Printa 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: _____