



Vacuna para la influenza/Forma de Consentimiento

2024-2025

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

Circule Si o No a las proximas 2 preguntas:

1. Tiene su niño historia de Guillain-Barre Syndrome?	Si	No
2. A tenido su niño alguna reaccion anteriormente a la vacuna de la influenza? ¿O su hijo es alérgico a algún componente a la vacuna de la influenza?	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 2024, ¿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. 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 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: _____