



**Formulario de consentimiento anual para la vacuna contra la influenza
VACUNA CONTRA LA GRIPE**

Sección 1: Información para recibir la vacuna (imprima)

NOMBRE (Último)		(Primero)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ día _____ año	
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DEL DOCTOR (APELLIDO, NOMBRE)		DIRECCIÓN	Ciudad	Código postal	

Sección 2: Evaluación de elegibilidad para la vacuna

¿Le vacunaron contra la influenza estacional después del 1 de julio de 2025?

SÍ NO

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si puede recibir la vacuna contra la influenza estacional. Si responde “NO” a las cuatro preguntas siguientes, probablemente pueda recibir la vacuna contra la influenza. Si responde “SÍ” a una o más de las siguientes cuatro preguntas, es posible que pueda recibir la vacuna contra la influenza estacional, pero nos comunicaremos con usted para analizar sus opciones. Por favor marque SÍ o NO en cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Tiene una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna otra alergia grave? Por favor enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 4: Información del seguro:

Tiene usted seguro: _____

Seguro Primario: _____

ID: _____ **Grupo:** _____

Secundario: _____

ID: _____ **Grupo:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección del titular de la póliza si es diferente de la del paciente: _____

Section 3: Consentir

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN:

He leído o me han explicado la declaración de información sobre la vacuna contra la influenza estacional y entiendo los riesgos y beneficios.

DOY CONSENTIMIENTO a Sterling Health Care y su personal para que se vacunen con esta vacuna.

NO DOY CONSENTIMIENTO a Sterling Health Care para que me vacunen con esta vacuna.

Firma

Fecha: mes _____ día _____ año _____

Hoja de información sobre vacunas entregada (6/8/21 pdf)

Sección 4: Registro de Vacunación

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vacuna	Ruta	Fecha Dosis Administrada	Fabricante de vacunas	Numero de lote	Nombre y título del administrador de vacunas
Influenza	<input type="checkbox"/> IM	/ /			

