



## Registración y Consentimiento para la Vacuna Contra la Gripe Temporada

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_

Mejor Numero de Contacto #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ año \_\_\_\_

**Por favor lea y firme donde se indica que dar su consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza.**

Entiendo que las personas con cierta condición médica no deben recibir la vacuna contra la influenza. Esas condiciones incluyen:

- Reacción alérgica previa a la vacuna contra la influenza
- El síndrome de Guillain-Barré
- Alergia a los huevo
- Enfermedad con fiebre (temperatura de/o más de 100.5) en las últimas 24 horas
- Los niños menores de 9 años de edad

Yo / mi hijo NO tiene alguna de estas condiciones médicas indicadas anteriormente.

Estoy de acuerdo en esperar en el vestíbulo por 15 minutos después de mi inyección para que pueda ser monitoreado por posibles reacciones a la vacuna contra la influenza.

Entiendo que la vacuna contra la influenza es para la prevención de la gripe y puede que la vacuna no me protege completamente de la gripe durante los primeros 14 días después de recibir la inyección, que la vacuna contra la influenza estacional se debe repetir cada año y que el recibir la vacuna contra la influenza no garantiza que voy a desarrollar inmunidad a la influenza.

Se me ha informado y entiendo que los posibles efectos secundarios de la vacuna contra la influenza incluyen:

- Dolor o enrojecimiento en el sitio de la inyección
- Dolor en las articulaciones, dolores en el cuerpo y / o fiebre leve desarrollan dentro de 6-12 horas después de la inyección y pueden durar 1-2 días.

Se me ha informado que los efectos graves, como fiebre de/o más de 101, cambios de comportamiento o problemas para respirar son muy raros. Si desarrollo algún de síntoma grave, estoy de acuerdo en llegar a un centro médico de inmediato para ser examinada y tratada. Hoy, se me ha dado un folleto educativo del paciente con respecto a la vacuna contra la influenza.

Nombre de Paciente (imprima): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_ (mes/día/año)

Persona autorizada para consentir, si no es paciente (imprima): \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**HealthPOiNT Clinic Staff:** 1) A copy of current and valid photo ID is required from signing Parent/Guardian.  
2) Scan this document into Patient Docs with the following naming format:  
**YYYYMMDD\_LASTNAME, FIRSTNAME, DOB (MM/DD/YYYY)**