

## Formulario de consentimiento de la Gripe 2023-2024

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿La persona que va a vacunarse está enferma hoy o tuvo fiebre mayor que 100.4°F en las últimas 24 horas?  Si  
 No
2. ¿La persona que va a vacunarse tiene alergia al látex, mercurio, thimerosal, gelatina, huevos/plumas de pollo u otros componentes de la vacuna?  Si  No
3. ¿La persona que va a vacunarse ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza?  Si  
 No
4. ¿La persona que va a vacunarse ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre o alguna otra enfermedad neurológica?  Si  No

Me han dado una copia y me han leído o me han explicado la declaración de información importante del Servicio de Salud Pública de EE.UU. sobre la vacuna contra la influenza con fecha del 8-6-21. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y acepto recibir la vacuna.

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso de Guardian: \_\_\_\_\_

*Si alguna de las preguntas anteriores se respondió "si", debe contar con la aprobación y la documentación del proveedor.*

### Internal Use Only

**Vaccine Manufacturer:** Sanofi

**NDC#:** \_\_\_\_\_ **Exp:** \_\_\_\_\_

**Vaccine Type:**  Fluzone HD 65+  Fluzone Quad 6mos+

**Administered by:** \_\_\_\_\_

**Administration Site:**  LD  RD  LT  RT

**Date:** \_\_\_\_\_

**Time Administered:** \_\_\_\_\_ **Parking Space/Car Number (if applicable):** \_\_\_\_\_

**Time Vehicle Departed:** \_\_\_\_\_ **Patient waited 20 minutes after vaccine administration:**  Yes  No