

Autorización y consentimiento para vacuna inactivada de influenza (≥ 18 años de edad)

Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ No. de teléfono _____
(letra imprenta)

Dirección de vivienda _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador _____ Empleado ID de empleado # _____

Plan de seguro / pagador (si se sabe) _____

Complete lo siguiente si es un dependiente de un empleado autorizado para recibir atención en la instalación de Premise Health.

Dependiente Relación de dependiente con el empleado/suscriptor: Esposa Niño Otro _____

La vacuna contra la influenza ha sido preparada usando una combinación de estirpes de virus de tanto influenza A como de influenza B basado en las recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Concejo de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés). Esta vacuna es preparada utilizando una forma inactivada/muerta del virus de influenza (o gripa) de modo que es imposible que dicha vacuna pueda causar influenza. Los posibles efectos de la vacuna están incluidos en la declaración de información de la vacuna.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Alguna vez usted ha recibido la vacuna contra la gripa? Si No
- ¿Está usted actualmente embarazada o es posible que lo esté? Si No N/A
- ¿Es usted alérgico al cualquier medicamento, timerosal, a los huevos o a productos de huevo? Si No
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a la vacuna contra la gripa u otra vacuna? Si No
- ¿Está usted enfermo o tiene fiebre? Si No
- ¿Alguna vez usted ha padecido del Síndrome de Guillain-Barré u otro desorden nervioso? Si No

He leído la declaración de la vacuna contra la gripa y todas mis preguntas al respecto han sido contestadas en forma satisfactoria. Creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripa y solicito la misma me sea administrada. Reconozco que no se me han ofrecido garantías ni seguridades con respecto a los resultados de la administración de la vacuna. Libero a OKC Employee Health Center, y a Premise Health y a sus empleados de cualquier responsabilidad por cualquier reacción adversa a la vacuna.

Hago saber que tuve oportunidad de recibir la "Notificación de Prácticas de Privacidad de Premise Health" ("Notificación") relevante a los usos y divulgaciones de información relacionada conmigo y con mi salud ("Información de Salud"), y que puedo recibir una copia de dicha notificación.

Firma del recipiente: _____ Fecha: ____/____/____

NOTA: Si usted nunca antes ha recibido la vacuna contra la gripa, se le recomienda esperar en el área administrativa de la clínica durante 15 minutos después de que haya sido vacunado. Si es la primera vez que recibe la vacuna contra la gripa y no desea esperar, por favor coloque sus iniciales en la línea siguiente.

Iniciales

Brand Name	AFLURIA QUADRIVALENT
Manufacturer	SEQIRUS
Lot Number	P100247210
Expiration Date	<u>06 / 30 / 2021</u>

Dose	0.5 ML	
Injection Site	Deltoid	
	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Left

VIS, dated 08/15/2019, provided and vaccine administered on ____/____/____, at ____:____ a.m. / p.m. by:

Staff Member Printed Name

Staff Member Signature