



**CONSENTIMIENTO Y
EXENSIÓN PARA LA VACUNA
DESACTIVADA CONTRA LA
GRIPE (INFLUENZA)**

NURSE'S BOX Event #: _____ Event Date: _____
 Injection Site: Right Arm Left Arm Other: _____
 Quad Vaccine Brand: GSK-FluLaval GSK-Fluarix
 Sanofi-Fluzone Seqirus-Afluria Seqirus-Flucelvax
 0.5 mL of Vaccine from Lot #: _____
 Nurse's Name & Title: _____

Algunas personas no deben aplicarse esta vacuna. Las contraindicaciones incluyen personas con alergias severas a los huevos (la vacuna de influenza crece en huevos de gallina) o cualquier otro componente de la vacuna (por ejemplo, thimerosal, un componente orgánico con mercurio utilizado ampliamente como preservante en muchos productos biológicos y médicos, incluyendo ciertas vacunas y soluciones para lentes de contacto) y personas que tengan una enfermedad moderada o severa al momento de la vacunación (no incluye enfermedades menores). Consulte con su médico antes de vacunarse si es alérgico a los huevos u otros componentes de la vacuna, ha tenido alguna vez una reacción alérgica a una vacuna contra la influenza o a una vacuna similar, o ha desarrollado el síndrome Guillain-Barre (GBS), que es una enfermedad con parálisis severa. Visitas regulares con su médico es un paso importante que puede tomar para proteger su salud. La vacuna no está aprobada para niños menores de seis meses y ciertas marcas son aprobados sólo para ciertas edades. El efecto secundario mas común de la vacuna contra la influenza es el dolor en el lugar de la inyección, el cual puede durar hasta dos días pero generalmente no afecta la habilidad del individuo de realizar actividades diarias normales. Sin embargo, existen casos excepcionales en que los participantes informan de dolor persistente del brazo. Los efectos secundarios menos comunes incluyen reacciones alérgicas y syndrome de Guillain-Barre (GBS). Las reacciones alérgicas que puedan ser grave, generalmente ocurren inmediatamente y son muy raras pero posibles en individuos alérgicos a cualquier componente de la vacuna. Tenga en cuenta que, aunque es muy improbable, si tiene una reacción alérgica severa a la vacuna, epinefrina puede ser administrada y servicios médicos de emergencia puede ser llamado. Además, en el raro caso de un pinchazo se produce, puede ser contactado para el seguimiento.

CONTESTE LAS SIGUIENES PREGUNTAS (Círculo Las Respuestas):

1. ¿Es la primera vez que recibo una vacuna contra la influenza?	Sí	No	
2. ¿Es alérgico a thimerosal, a los huevos o a los productos derivados del huevo?	Sí	No	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a la vacuna contra la influenza u otra vacuna? En caso afirmativo, por favor explique:	Sí	No	
4. ¿Tiene alguna otra alergia grave? Si la respuesta es Sí, por favor describa aquí. Si es alérgico al látex, informarle a la enfermera y verificar el prospecto de la vacuna para latex presencia (que puede estar presente en algunos envases por ciertos fabricantes).	Sí	No	
5. ¿Si es mujer, existe la posibilidad de que esté embarazada? TotalWellness solamente administrará vacunas contra la gripe sin conservantes a las mujeres embarazadas . Las mujeres embarazadas deben discutir la vacuna contra la gripe con su proveedor de atención primaria antes de obtener una vacuna contra la gripe.	Sí	No	N/A
6. ¿Está actualmente enfermo (no incluye enfermedades menores)?	Sí	No	
7. ¿Tiene un historial de tener el síndrome de Guillain-Barre?	Sí	No	
8. ¿Ha tenido un examen físico en el los últimos 12 meses?	Sí	No	

Si responde sí a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7, consulte a su médico antes de recibir una vacuna contra la influenza. He recibido, a partir de la fecha del evento enumerado anteriormente, y he leído detenidamente y comprenda completamente el contenido de la Declaración de Información sobre la Vacuna actual disponible en http://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf y el Aviso de Prácticas de Privacidad de TotalWellness. Revisé cuidadosamente este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas a mi entera satisfacción antes de firmar. Reconozco que los servicios pueden prestarse en un área con privacidad limitada. Si deseo mas privacidad dejaré saber a mi enfermera. Accedo a permanecer en la clínica por lo menos 15 minutos después de vacunarme para supervisión si esta es mi primera vacunación contra la influenza o si la enfermera lo solicita debido a mi historial médico. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y el consentimiento de la influenza y solicito que se me administre la vacuna. Entiendo que recibiré 0.5 mL de vacuna. Expresamente renuncio, libero y exijo para siempre, para mí, mis herederos, sucesiones, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios, Vaccination Services of America, Inc. d / b / a TotalWellness y sus empleados, propietarios y representantes, así como a mi empleador o cualquier otra compañía involucrada en este evento y sus agentes, representantes, empleados, sucesores, cesionarios, órganos de gobierno y comités asesores (colectivamente, "Liberados") de todos y cada uno de los reclamos, demandas, acciones y causas de acción, ahora conocidos o de ahora en adelante conocido en cualquier jurisdicción en todo el mundo, a causa de lesiones, muerte o daños a la propiedad que surjan o sean atribuibles a mi participación en este programa de vacunación, ya sea que surjan de la negligencia de TotalWellness o cualquier Releasee o de otra manera. Además, acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a los Exonerados de cualquier gasto de litigio, honorarios de abogados o reclamación por lesiones personales en relación con mi participación en este programa de vacunación. Entiendo que la información recopilada e ingresada en este formulario se puede transferir a TotalWellness a través de un operador expreso (UPS, FedEx, etc.). Doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos de inmunización a los Sistemas de Información de Inmunización y / o cualquier registro estatal de vacunación o registros de vacunación similares. Entiendo que TotalWellness puede proporcionar mi nombre / identificación única a la empresa patrocinadora para fines de participación y / o incentivos. Compartiré la información proporcionada sobre mi vacunación con mi proveedor de atención primaria.

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

Edad*

Número de Teléfono - -

Sexo:
 Masculino
 Femenino
 Prefiero no responder

Empleador/Empresa: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Dirección de Casa: _____

Nombre de su médico primaria (Opcional): _____

Su médico puede ser contactado si usted tiene una reacción adversa a la vacuna contra la gripe. Si usted no tiene un médico de atención primaria puede dejar en blanco.

Firma: _____ **Fecha:** _____

*Debe tener como mínimo 19 años en Alabama y Nebraska, y 18 años en todos los demás estados.
 Esta forma es la propiedad de TotalWellness . El reverso de esta forma se deja en blanco intencionalmente.