TOTALWELLNESS

INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE DE DOSIS ALTA/ADYUVANTE PARA LA VACUNA INACTIVADA ("VACUNA CONTRA LA GRIPE")

HIGH-DOSE/ADJUVANTED VACCINE
PARTICIPANT MUST BE 65 YEARS OLD OR OLDER

NURSE'S BOX Event #: _____ Event Date: _____
Injection Site: ☐ Right Arm ☐ Left Arm ☐ Other: _____
Vaccine Brand: ☐ 0.5 mL Fluad Adjuvanted from PFS (Seqirus)
☐ 0.7 mL Fluzone High-Dose from PFS (Sanofi)
Vaccine from Lot #: _____
Nurse's Name & Title: _____

Algunas personas no deberían vacunarse. Las contraindicaciones incluyen alergia grave a cualquier componente de la vacuna y tener una enfermedad moderada o grave en el momento de la vacunación. Hable con un médico antes de vacunarse si es alérgico a algún componente de la vacuna, alguna vez ha tenido una reacción alérgica a una vacuna o alguna vez ha desarrollado el síndrome de Guillain-Barré, una enfermedad paralítica grave. El efecto secundario más común de la vacuna contra la gripe es el dolor en el lugar de la inyección, que puede durar hasta dos días pero que generalmente no afecta la capacidad de una persona para realizar las actividades diarias normales. Sin embargo, hay casos raros en los que los receptores informan de dolor persistente en el brazo. Los efectos secundarios menos comunes incluyen reacciones alérgicas y síndrome de Guillain-Barré (SGB). Las reacciones alérgicas potencialmente mortales, que generalmente ocurren de inmediato, son raras pero posibles en personas alérgicas a cualquier componente de la vacuna. Si tiene una reacción alérgica grave a la vacuna contra la gripe, se le puede administrar epinefrina y se puede llamar a los servicios médicos de emergencia al lugar. Además, en el raro caso de que se produzca una lesión por pinchazo con una aguja, es posible que nos comuniquemos con usted para informarle sobre los procedimientos de seguimiento recomendados.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (CIRCULE LAS RESPUESTAS):

1.	¿Ha recibido antes una vacuna contra la gripe?	SÍ	NO
2.	¿Tiene usted 65 años o más?	SÍ	NO
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:	SÍ	NO
4.	¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, algún ingrediente de una vacuna o al látex? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:	SÍ	NO
5.	¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre superior a 101°F en los últimos 3 días? Sin incluir enfermedades menores.	SÍ	NO
6.	¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad paralítica grave)?	SÍ	NO

Si responde afirmativamente a las preguntas 3, 4, 5 o 6, consulte con su médico de atención primaria antes de recibir la vacuna contra la influenza.

He recibido, a partir de la fecha del evento indicada anteriormente, y he leído atentamente y entiendo completamente el contenido de la Declaración de información sobre la vacuna contra la influenza actual disponible en https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/flu_inactive.pdf y el Aviso de prácticas de privacidad de TotalWellness disponible en https://www.totalwellnesshealth.com/privacy-notice/. He revisado cuidadosamente este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas satisfactoriamente antes de firmarlo. Reconozco que los servicios pueden prestarse en un área con privacidad limitada. Si deseo mayor privacidad, se lo haré saber a mi enfermera. Acepto permanecer en el evento durante al menos 15 minutos después de la vacunación para supervisión si esta es mi primera vacuna contra la gripe o si la enfermera lo solicita debido a mi historial médico. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y por la presente doy mi consentimiento y solicito que me administren la vacuna contra la influenza inactivada. Entiendo que recibiré 0,5 ml de vacuna. Renuncio, libero y descargo expresamente para mí, mis herederos, patrimonio, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios, Vaccination Services of America, Inc. d/b/a TotalWellness y sus empleados, propietarios y representantes, así como mi empleador. o cualquier otra empresa involucrada en este evento y sus agentes, representantes, empleados, sucesores, cesionarios, órganos rectores y comités asesores (colectivamente, "Exonerados") de todos y cada uno de los reclamos, demandas, acciones y causas de acción, ahora conocidos o en lo sucesivo conocido en cualquier jurisdicción del 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 de cualquier Liberado o de otro modo. Además, acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a los Liberados de cualquier gasto de litigio, honorarios de abogados o reclamo por lesiones personales en relación con mi participación en este programa de vacunación. Entiendo que la información recopilada e ingresada en este formulario puede transferirse a TotalWellness a través de un transportista urgente (UPS, FedEx, etc.). Doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos de vacunación a los Sistemas de información de vacunación y/o cualquier registro estatal de vacunación aplicable o registros de vacunación similares. Visitaré https://www.totalwellnesshealth.com/private/ir-opt-out y completaré el formulario de exclusión voluntaria del estado correspondiente si deseo optar por no recibir informes del registro y mi estado permite esta opción. Entiendo que TotalWellness puede proporcionar mi nombre/identificación única a la empresa patrocinadora con fines de participación y/o incentivo. Compartiré la información proporcionada sobre mi vacunación con mi proveedor de atención primaria.

Nombre _____ **Apellido** _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) __ __ / __ __ / __ __ __ __ **Edad*** __ __

Número de Teléfono ___ - ___ - ____

Sexo: (círculo)
Masculino
Femenino
Prefiero no responder

Compañía: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Direccion de Casa: _____

Dirección de Casa Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

La Raza: _____ **Etnicidad:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

*Los participantes deben ser adultos legales en el estado donde se administra la vacuna.
Este formulario es propiedad de TotalWellness. El reverso de este formulario se deja intencionalmente en blanco.