

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si existen motivos por los que no deberíamos administrarle (o administrar a su hijo) la vacuna antigripal. Si responde "sí" a cualquiera de las preguntas, no necesariamente significa que usted (o su hijo) no deberían vacunarse. Simplemente significa que deben hacerse preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pida a su proveedor de atención médica que le ayude a explicarla.

Información del paciente

<hr/>		<hr/>	
Nombre		Apellido	
<hr/>		<hr/>	
Sufijo (opcional)		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Edad
<hr/>			
Nombre del padre, de la madre o del tutor			

Información de contacto

<hr/>		<hr/>	
Dirección postal		Ciudad	Código postal
<hr/>			
Número de teléfono celular		Dirección de correo electrónico	

Gender

- Femenino Masculino No binario Prefiero no decirlo

Origen hispano, latino o español

- | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Argentino | <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Costarricense | <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Hondureño | <input type="checkbox"/> Guatemalteco |
| <input type="checkbox"/> Origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano | <input type="checkbox"/> Nicaragüense | <input type="checkbox"/> Panameño | <input type="checkbox"/> Peruano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Salvadoreño | <input type="checkbox"/> Otro país de Sudamérica | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No es de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo | |

Raza/nacionalidad (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indoasiático | <input type="checkbox"/> Bangladés | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Fidjiano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameño | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Hmong |
| <input type="checkbox"/> Indonesio | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Malasio | <input type="checkbox"/> Marshalés |
| <input type="checkbox"/> Ciudadano de Oriente Medio o de África del Norte | <input type="checkbox"/> Pakistani | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro | | |

Seguro médico

¿Tiene seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, indique

Compañía de seguros

Nombre completo del asegurador principal

Relación con el asegurador principal

Número de póliza

Preguntas de evaluación médica

¿El paciente se siente enfermo hoy? Sí No

¿El paciente tiene una alergia a un componente de la vacuna antigripal? Sí No

¿El paciente tuvo alguna vez una reacción grave a la vacuna antigripal con anterioridad? Sí No

¿El paciente tuvo alguna vez síndrome de Guillain-Barré (GBS)? Sí No

Información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna antigripal

Los CDC recomiendan que todas las personas a partir de los 6 meses de edad se vacunen cada temporada de gripe. Es posible que los niños de 6 meses a 8 años de edad necesiten 2 dosis durante una misma temporada de gripe. Todas las demás personas necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de la gripe, lea la [Declaración de información de la vacuna de los CDC](#).

Consentimiento del menor

Declaro que soy (debe marcar una opción):

- El padre/la madre del menor mencionado.
- El tutor legal del menor mencionado.
- Un menor emancipado de, al menos, 16 años de edad.
- Una persona autorizada para tomar decisiones de atención médica en nombre del menor mencionado.
Describe la relación legal aquí: _____

Doy fe de lo siguiente

Deben marcarse todos los casilleros para que se vacune al menor:

- He leído y comprendido la Declaración de información de la vacuna correspondiente a la vacuna solicitada y entiendo los riesgos y beneficios.
- DOY MI CONSENTIMIENTO para que el paciente menor de edad reciba la vacuna.

Doy fe de lo siguiente (continuación)

- Comprendo que, si doy mi consentimiento voluntario, el paciente menor de edad puede recibir la vacuna con o sin la presencia física del padre, de la madre o de un tutor en la cita de vacunación.
- Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento que sea médicamente necesario en el caso excepcional de que el paciente menor de edad tenga una reacción a la vacuna.

Información del padre, de la madre o del tutor

Escriba su nombre completo

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono celular

Dirección (número y nombre de la calle, ciudad, estado, código postal)

Al firmar y escribir la fecha de hoy a continuación, doy mi consentimiento para que el menor de edad mencionado reciba la vacuna antigripal, y certifico que (1) estoy autorizado a dar este consentimiento y que (2) toda la información que he proporcionado en este formulario es cierta y correcta según mi conocimiento:

Firma del padre, de la madre o del tutor

Fecha de la firma (DD/MM/AAAA)

Para uso exclusivo del personal

Nombre

Firma

Fecha

Hora

Clínica

Producto

Dosis N.º

Dosis (ml)

Nombre de la vacuna

Lugar de la inyección: DD DI PD PI

Vía de administración: IM SQ