



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

<input type="checkbox"/> RPh/Tech Name: _____	(Internal/Off Site Clinic Information)
<input type="checkbox"/> Phone/Fax Date: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Phone/Fax Time: ____AM/PM	
<input type="checkbox"/> Registry Date: ____/____/____	

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:			
Número de teléfono de casa: () -	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Peso:	Género:	Etnia:
Dirección de casa:	Ciudad:			Estado:	Código postal:
Proveedor de atención primaria:	Dirección del proveedor:			Número de teléfono/fax del proveedor:	
Compañía aseguradora: Please Provide Copy of ALL INS Cards	Número de identificación del miembro: Please Provide Copy of ALL INS Cards			Número de grupo: Provide Copy of ALL INS Cards	

QUIERO VACUNARME CONTRA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (POR FAVOR, MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA): GRIPA
 HEPATITIS A HEPATITIS B VPH SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (MMR)* MENINGITIS NEUMONÍA HERPES ZÓSTER (Culebrilla)
 TÉTANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA VARICELA* OTRA (ESPECIFIQUE): _____

Por favor, responda a las siguientes preguntas, de modo que podamos evaluar la seguridad y la conveniencia de la vacuna:		Sí	No
TODAS LAS VACUNAS	1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas hoy? Fiebre, tos, falta de aire, fatiga, dolor muscular o corporal, dolor de cabeza, pérdida reciente del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o goteo nasal, náuseas o vómitos, diarrea		
	2. En los últimos 14 días, ¿ha tenido fiebre, ha estado expuesto a alguien con COVID-19 o se ha confirmado que usted lo tiene, independientemente de si tiene síntomas o no?		
	3. Durante el año pasado, ¿fue a que su proveedor de atención primaria le practicara un examen físico?		
	4. ¿Es alérgico a medicamentos, alimentos (p. ej., huevos), látex o a algún componente de la vacuna (p. ej., gelatina, neomicina, polimixina, levadura, timerosal, etc.)? Si la respuesta es sí, por favor especifique a qué: _____		
	5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave después de vacunarse: inflamación, dificultad para respirar, convulsiones?		
	6. ¿Alguna vez ha recibido la misma vacuna que se le va a administrar hoy?		
	7. ¿Ha tenido convulsiones, Síndrome de Guillain-Barré o cualquier otro trastorno neurológico?		
	8. ¿Ha recibido algún tipo de vacuna en los últimos 28 días? Si la respuesta es sí, por favor especifique cuál y en qué fecha:		
	9. Para las mujeres: ¿Está embarazada, en período de lactancia o planea quedar embarazada el próximo mes?		
*VACUNAS VIVAS	10. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario o ha recibido un trasplante de órganos?		
	11. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debiliten el sistema inmunitario, como medicamentos contra el cáncer, o ha recibido dosis altas de esteroides, quimioterapia, terapia inyectable para la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis (p. ej., Humira, Enbrel) o tratamientos de radiación? Si la respuesta es sí, especifique cuál, la dosis y la fecha de la última vez que lo tomó o fue tratado: _____		
	12. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, inmunoglobulinas (gamma) o un medicamento antiviral? Si la respuesta es sí, especifique cuál, la dosis y la fecha de la última vez que lo recibió: _____		

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica de The Kroger Co., sus afiliados y subsidiarios administren la(s) vacuna(s) que he solicitado. Comprendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) administrada(s) y he recibido, leído y/o me han explicado la Declaración de Información de Vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) de los CDC sobre la(s) vacuna(s) que he optado por recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Al igual que con todos los tratamientos médicos, no hay ninguna garantía de que no sufra una reacción adversa por la administración de la vacuna. Comprendo que la información contenida en este formulario puede ser compartida con la División de Salud Estatal (SDH, por sus siglas en inglés) y/o los registros de inmunización estatales, y que se mantendrá confidencial y no podrá divulgarse a no ser que la ley lo exija o permita. De ser elegible, autorizo a Kroger a enviar una solicitud de reembolso en mi nombre a Medicare o cualquier otro tercero pagador contratado. Si el reclamo es denegado, entiendo que soy responsable del pago. Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas. **Adicionalmente, me comprometo a permanecer cerca del sitio de vacunación por 15-20 minutos aproximadamente luego de la administración de la vacuna para estar bajo observación del Proveedor de Atención Primaria.**

X _____ **Fecha:** _____
 (FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS) (PARA TUTORES LEGALES SOLAMENTE: ESCRIBA SU NOMBRE Y PARENTESCO)

*** FOR INTERNAL USE ONLY *** **REQUIRED:** obtained verbal consent to treat prior to administration

Vaccine Name: _____ Manufacturer: _____ Dose: _____ Series #: _____ of _____ Vaccine Lot #: _____ Vaccine Exp. Date: _____ Diluent Lot #/Exp. Date: _____	Vaccine Name: _____ Manufacturer: _____ Dose: _____ Series #: _____ of _____ Vaccine Lot #: _____ Vaccine Exp. Date: _____ Diluent Lot #/Exp. Date: _____	Vaccine Name: _____ Manufacturer: _____ Dose: _____ Series #: _____ of _____ Vaccine Lot #: _____ Vaccine Exp. Date: _____ Diluent Lot #/Exp. Date: _____
Injection Site: LEFT/RIGHT; ARM/THIGH Route: IM or SubQ VIS Given: ____/____/____ Version Date: ____/____/____	Injection Site: LEFT/RIGHT; ARM/THIGH Route: IM or SubQ VIS Given: ____/____/____ Version Date: ____/____/____	Injection Site: LEFT/RIGHT; ARM/THIGH Route: IM or SubQ VIS Given: ____/____/____ Version Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> REQUIRED: counseled patient to remain near location for 15-20 min		Supervising RPh/Lic#: _____ (if required)
Immunizer: _____		Date Administered: ____/____/____ Time: ____AM/PM

Aviso de confidencialidad: La información contenida en este mensaje puede ser de carácter privado o confidencial y estar protegida contra la divulgación no autorizada. Si la persona que está leyendo este mensaje no es a quien va dirigido o un empleado o agente a cargo de hacer llegar este mensaje a su destinatario, por este medio le notificamos que cualquier difusión, distribución o reproducción de este mensaje está estrictamente prohibida. Si usted recibió este mensaje por error, por favor notifíquenos inmediatamente respondiendo a este mensaje y luego bórralo.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La **vacuna contra la influenza** puede prevenir la **influenza (gripe)**.

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Cualquiera puede contraer la gripe, pero es más peligroso para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, las personas de 65 años de edad y mayores, las mujeres embarazadas y las personas con ciertos padecimientos de salud o un sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la gripe.

La neumonía, la bronquitis, las infecciones sinusales y las infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarlo.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Algunas personas pueden tener vómito y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene millones de enfermedades y visitas al médico relacionadas con la gripe cada año.

2 Vacuna contra la influenza

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan que todas las personas de 6 meses de edad y mayores se vacunen cada temporada contra la gripe. **Niños de 6 meses a 8 años de edad** pueden necesitar 2 dosis durante una

sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas en desarrollarse después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se fabrica una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra tres o cuatro virus que probablemente causen enfermedades en la próxima temporada de gripe. Incluso cuando la vacuna no coincide exactamente con estos virus, aún puede brindar cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza puede aplicarse al mismo tiempo que otras vacunas.

3 Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que va a recibir la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **síndrome de Guillain-Barré** (también llamado SGB).

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza para una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como la gripe. Personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



4

Riesgos de una reacción a la vacuna

- Puede presentarse dolor, enrojecimiento e hinchazón donde se aplica la inyección, fiebre, dolores musculares y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Puede haber un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el síndrome de Guillain-Barré (SGB) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben la vacuna contra la gripe junto con la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP al mismo tiempo pueden tener un poco más de probabilidades de tener una convulsión causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otro daño grave o la muerte.

5

¿Qué debo hacer si hay un problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame al proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6

Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7

¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web www.cdc.gov/flu de los CDC

Vaccine Information Statement (Interim)
**Inactivated Influenza
Vaccine** Spanish



Office use only

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26