FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL (VACUNA CONTRA LA GRIPE) DE 2025

Nombre de Escuela _____ Maestro de aula _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE la vacuna: Fecha de Nacimiento ____/____/____ Años: _____ Masculino ☐ Hembra ☐
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
(Si es menor de 18 años) Nombre de los padres / tutor legal: Contacto de Emergencia _____ # De teléfono _____
Número de identificación de la póliza de BCBS (Empleados SOLAMENTE, si corresponde) _____

LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA DE TEMPORADA ("Vacuna contra la gripe") es una vacuna inactivada (muerta), también conocida como "inyección fu" que se administra mediante una inyección con una aguja en el músculo (más comúnmente el deltoides). Lea la Declaración de información sobre vacunas (VIS) adjunta noble "Vacuna contra la influenza inactivada, lo que necesita saber", desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades antes de completar el consentimiento para recibir la vacuna para ayudarlo a decidir si la vacuna es apropiada para usted o su hijo. Si tiene dudas sobre si debe o no recibir la vacuna contra la fu, debe comunicarse con su proveedor de atención médica personal. Su firma a continuación testifica que recibió y ha leído el VIS Para el Vacuna inactivada contra la Infuenza y comprender todos los riesgos y beneficios relacionados con la vacunación. Los estudiantes deben permanecer en el área para observación. 15 minutos.

1. ¿Tiene alergias o reacciones a **huevos, gelatina, thimersol, mercurio, sulfatos o látex**? SI ☐ NO ☐
2. **¿Tiene actualmente un moderado o ¿Infección aguda grave o fiebre**? SI ☐ NO ☐
3. **¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica o reacción anafiláctica a una vacuna contra la fu?** SI ☐ NO ☐
4. ¿Tiene un **trastorno de la coagulación sanguínea, toma aspirina o medicamentos que contienen aspirina** ¿diario? SI ☐ NO ☐
5. tienes recibió otras vacunas o inyecciones en las últimas 4 semanas? Si es así, anótelo al dorso. SI ☐ NO ☐
6. ¿Alguna vez ha tenido **convulsiones, problemas del cerebro / sistema nervioso o síndrome de Guillian-Barre**? SI ☐ NO ☐

Si marcó con un círculo "**SI"A cualquiera de estas preguntas O si hay un contraindicación conocida para cualquiera de las alergias enumeradas, Se justifica un mayor interrogatorio y no se puede dar la** "inyección fu".

RENUNCIA Y LIBERACIÓN Entiendo y reconozco que este consentimiento y exención exime a los exonerados de cualquier responsabilidad o reclamo que pueda surgir como resultado de mi recepción de la vacuna fu, con respecto a cualquier lesión corporal u otra lesión, incluida cualquier lesión mental, enfermedad, muerte o daños a la propiedad que puedan resultar. Entiendo que los exonerados no asumen ninguna responsabilidad u obligación de proporcionar asistencia financiera u otra asistencia, que incluye, entre otros, seguros médicos, de salud o por discapacidad, en caso de lesiones, enfermedades, muerte o daños a la propiedad, a menos que se rija expresamente. por e interpretado de acuerdo con las leyes del estado de Mississippi. Estoy de acuerdo en que en el caso de que alguna cláusula o disposición de este descargo sea considerada inválida por cualquier tribunal de jurisdicción competente,

CONSENTIMIENTO INFORMADO E INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA He leído el Consentimiento y Autorización anterior y entiendo sus disposiciones y aplicabilidad y se me ha dado la opción y recomendación de consultar con mi médico personal. Entiendo que participar en el programa de vacunación contra la fu es totalmente voluntario y que ni yo ni mi hijo estamos obligados a participar. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna fu según se describe y solicito que me la administren a mí oa la persona nombrada anteriormente de la que soy el tutor legal. Mi registro médico se puede compartir con mi médico y / o aseguradora según sea necesario. Entiendo que la compañía que proporciona la vacuna usará y divulgará mi información médica personal para tratarme, recibir el pago por la atención que me brinda y para otras operaciones de atención médica. que generalmente incluyen actividades para mejorar la calidad de la atención. Por este medio, libre y voluntariamente, sin coacción, ejecuto este Consentimiento y Liberación bajo los términos escritos arriba.

_____ ____/____/____
FIRMA (padre / tutor legal o paciente adulto) Fecha

PAGO: ☐ Efectivo o ☐ Cheque # _____ por la cantidad de $32.00

SOLO PARA USO CLÍNICO

Vaccine Name _____ Manufacturer _____
Lot # _____ Expiration Date ____/____/____

Route: 0.5 ml inactivated influenza vaccine given by Intramuscular injection to the following site
RIGHT Deltoid _____ or LEFT Deltoid _____ Without Difficulty or Complications (Report problems on back)

____/____/____ _____
Date of Administration Vaccinator Signature/Title