The Corvallis Clinic

Formulario de consentimiento del paciente y lista de verificación de examen para contraindicaciones para la Vacuna inyectable inactivada contra la influenza

Para que los pacientes (tanto niños como adultos) reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que hoy no debemos administrarle la vacuna inyectable inactivada contra la influenza. **Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no deba vacunarse**, solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale al proveedor de atención médica que se la explique.

		Sí	No	No sé
1.	¿Se siente enfermo/a hoy?	☐	☐	☐
2.	¿Tiene alergia **grave** a algún componente de la vacuna contra la gripe?	☐	☐	☐
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción **grave** a la vacuna contra la gripe?	☐	☐	☐
4.	¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐
5.	¿Ha recibido algún tratamiento contra el cáncer o se ha sometido a un trasplante de médula ósea/células madre en los últimos 6 meses?	☐	☐	☐
6.	¿Alguna vez se ha mareado o desmayado antes, durante o después de una inyección?	☐	☐	☐
7.	¿Se siente ansioso/a por recibir una inyección hoy?	☐	☐	☐

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento para ser vacunado/a por el personal de The Corvallis Clinic que se menciona a continuación y reconoce que ha leído la declaración de información sobre la vacuna (VIS) para la vacuna contra la influenza 2023-2024 y comprende los riesgos y beneficios.

Paciente _____/_____/_____/_____

Nombre (en letra imprenta) *Fecha de nacimiento* *Firma **(paciente o tutor legal)*** *Fecha de hoy*

CLINIC USE ONLY

Mfr.	Vaccine	Dose	Site	Location	VIS Date	Lot # / Exp. Date
Private Vaccines						
SANOFI	Fluzone Quadrivalent INFLUENZA VACCINE (≥6m)	0.5 mL	Deltoid | Vastus Lateralis	R | L	08/06/2021	Place vaccine sticker below **OR** fill in: **Lot #** _____ **Exp. Date** _____
SANOFI	Fluzone High-Dose Quadrivalent (≥65yr)	0.7 mL	Deltoid | Vastus Lateralis	R | L	08/06/2021	
SANOFI	Flublok QUADRIVALENT Influenza Vaccine (≥18yr)	0.5 mL	Deltoid | Vastus Lateralis	R | L	08/06/2021	
VFC Vaccines						
gsk	Fluarix Quadrivalent (≥6m)	0.5 mL	Deltoid | Vastus Lateralis	R | L	08/06/2021	
gsk	FluLaval Quadrivalent (≥6m)	0.5 mL	Deltoid | Vastus Lateralis	R | L	08/06/2021	
Seqirus	Influenza Vaccine FLUCELVAX QUADRIVALENT (≥6m)	0.5 mL	Deltoid | Vastus Lateralis	R | L	08/06/2021	

Administered by _____/_____/_____

Name (print) *Signature* *Today's **Date** & **Time***

Immunization Action Coalition. (2023, August 10). Screening Checklists. Retrieved from http://www.immunize.org/handouts/screening-vaccines.asp

UPDATED 08/23/2023

CLINIC USE ONLY

Circle One → **Private** / **VFC**