

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la influenza

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino ☐ Femenino ☐

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Número de teléfono: _____

Consentimiento

Se me ha ofrecido el document de información sobre la vacuna contra la influenza (VIS) vigente. Se me ha brindado educación y la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad y la vacunación. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación. Entiendo que la vacuna que recibiré consiste en una sola dosis para adultos y para niños que hayan recibido una vacuna contra la influenza en años anteriores. Los niños de 7 años o menos que reciban su primera dosis de la vacuna contra la influenza requieren una segunda dosis durante esa misma temporada.

Entiendo que no será completamente eficaz durante aproximadamente dos semanas. Sin embargo, con todas las vacunas no existe garantía de que desarrollaré inmunidad ni de que no experimentaré efectos secundarios. Entiendo que no se debe recibir la vacuna si se tiene una alergia grave a los huevos, se ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la influenza anterior o se ha tenido el síndrome de Guillain-Barré. Por la presente solicito que se me administre la vacuna contra la influenza para la temporada de influenza 2026-2027 a mí o a la persona para quien estoy autorizado(a) a dar consentimiento.

Autorizo a Effingham County Health Department a facturar a Medicaid, Medicare o a mi seguro privado por la administración de esta vacuna. Entiendo que existe la posibilidad de que la vacuna no esté cubierta. si esto ocurre, autorizo a Effingham County Health Department a facturarme el costo de la vacuna.

También doy mi consentimiento para que mis datos de inmunización se ingresen en el sistema de expediente médico electrónico del estado de Illinois llamado I-Care.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA CLÍNICA/OFICINA

CLINIC/OFFICE USE ONLY

Vaccine: _____ Date Given: _____ Expiration Date: 06/30/2027 Lot #: _____

Site: Right Left Deltoid Thigh

Eligibility: 317 Private VFC

Administering Nurse's Signature: _____

EZ Encounter _____ EZ Charted _____ IC Check _____ Scanned _____