



# Health Solutions

*A Healthier Workforce Starts Here*

## Formulario de Consentimiento para la Vacuna la Influenza 2009-2010

*¡Escriba en letra de molde!*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Compañía:** \_\_\_\_\_ **Teléfono durante el día:** \_\_\_\_\_

**Participante:**     Empleado                       Esposo/a                       No es empleado

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deberíamos darle la vacuna inyectada contra la influenza. Por favor, responda sí o no.

- | <u>Sí</u>                | <u>No</u>                |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está enfermo hoy?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted alérgico/a al látex?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted alérgico al huevo?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted alérgico al Thimerosal?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está embarazada? Si está en el primer trimestre, consulte con su médico. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene usted historial de Síndrome de Guillain-Barre?                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido antes alguna reacción a la vacuna contra la influenza?         |

Por favor explique:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

He leído o se me ha explicado el documento de Información sobre la Influenza y en cuanto a la vacuna de la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales se me han contestado satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que se me administre la vacuna.

**Signature/Firma:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

*Staff Use Only:*

**Payment Method:**     Cash                       Check # \_\_\_\_\_                       Employer paid

**Date Vaccinated:** \_\_\_\_\_ **Injection Site:**     Left Deltoid                       Right Deltoid

**Manufacturer, Lot #, Exp Date:**

*Place sticker here*

**Provider:** \_\_\_\_\_