

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del paciente (Por favor imprima) | Fecha de nacimiento |
| Dirección | Teléfono (       ) |
| Ciudad/Estado/ZIP | |
| Dirección de correo electrónico | |

1. ¿Tiene fiebre hoy?............................................................................................................... Sí No

2. ¿Se siente enfermo hoy?.....................................................................................................Sí No

En caso afirmativo, por favor explain.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno neurológico o ha sido diagnosticado con el Síndrome de Guillain-Barré?............................................................................................................................. Sí No

4. Si un niño está recibiendo la vacuna antigripal, ¿tiene el niño antecedentes de convulsiones?...................... ……………………………………………………………….…Sí No

5. ¿Tiene alergia a los huevos de pollo, los productos de huevo, el látex, la gelatina o la gentamicina del medicamento?................................................................................................................. Sí No

En caso afirmativo, por favor explain: .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ¿Ha tenido una reacción grave a una vacunación antes?..................................................Sí No

En caso afirmativo, por favor explain: .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. ¿Tiene alergia al timerosal conservante? ......................................................................... Sí No

**CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN**

Por la presente doy mi consentimiento para que SMC, sus agentes y empleados administren la vacuna antigripal. Entiendo que puedo experimentar una reacción adversa de la vacuna. Entiendo que SMC y el empleador que patrocinan la vacuna contra la gripe hoy, si corresponde, no son responsables de ninguna reacción causada por esta vacuna.

**Por favor, inicial: \_\_\_\_\_\_ Reconozco la recepción de la Hoja de Información de Vacunación (VIS) de fecha 15 de agosto de 2019, y he tenido tiempo de revisarla y tener respuestas a cualquiera de mis preguntas.**

**Por favor, inicial: \_\_\_\_\_\_ Reconozco la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad de SMC.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma | | | Fecha |
| Firma del Padre/Tutor Legal si el Paciente es Menor/Poder de Abogado | | Relación con el paciente | Fecha |
| Administrado por | | | Fecha |
| Fabricante **Flulaval**  **Gsk** | Lote n.o/Fecha de caducidad | Dosis/Sitio: 0.5 mL IM L R Deltoid Thigh | |
| Fabricante **HD Fluzone**  **Sanofi Pasteur** | Fecha de lote/caducidad | Dosis/Sitio: 0.7 mL IM L R Deltoid | |
| Fabricante **Flublok**  **Sanofi Pasteur** | Lote n.o/Fecha de caducidad | Dosis/Sitio: 0.5 mL IM L R Deltoid | |
| Fabricante **De FluMist**  **Astrazeneca** | Lote n.o/Fecha de caducidad | Dosis/Sitio: 0.1 ml cada uno (0.2 ml en total) L R Intranasal | |
|  |  |  |  |

**ADVERTENCIAS DE GRIPE**

Antes de la inyección de cualquier vacuna, se deben tomar todas las precauciones conocidas para prevenir las reacciones secundarias. Esto incluye una revisión de la historia del paciente con respecto a la posible sensibilidad a la vacuna o vacuna similar; antecedentes de inmunización y el estado de salud actual.

El uso de la vacuna antigripal debe retrasarse durante el transcurso de cualquier enfermedad respiratoria febril u otras infecciones o enfermedades activas. Si alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a los óvulos o a una dosis previa de la vacuna antigripal, consulte a su médico. La inmunización debe retrasarse en un paciente con un trastorno neurológico activo y no administrarse a personas que tengan antecedentes de síndrome de Guillain-Barré.

**REACCIONES ADVERSAS**

Debido a que la vacuna antigripal sólo contiene virus no infecciosos, no puede causar gripe. La enfermedad respiratoria después de la vacunación representa una enfermedad coincidente no relacionada con la vacunación antigripal. El efecto secundario más frecuente de la vacunación es el dolor en el lugar de vacunación que dura hasta 2 días. Estas reacciones locales generalmente son leves y rara vez interfieren con la capacidad de llevar a cabo actividades diarias habituales.

Se han descrito dos tipos de respuestas a las vacunas antigripales:

1. La fiebre, el malestar (molestias/dolores), la mialgia (dolor/sensibilidad muscular) y otros síntomas sistémicos como dolor, enrojecimiento o hinchazón pueden ocurrir después de la vacunación y, con mayor frecuencia, afectan a las personas que no han estado expuestas a los antígenos del virus de la gripe en la vacuna. Estas reacciones comienzan de 6 a 12 horas después de la vacunación y pueden persistir durante 1-2 días.

2. Las respuestas inmediatas, presumiblemente alérgicas, como urticaria, angioedema, asma alérgica y anafilaxia sistémica son expresiones de hipersensibilidad. Estas reacciones ocurren raramente después de la vacunación contra el virus de la gripe y probablemente derivan de hipersensibilidad a algún componente de la vacuna más probable relacionado con la proteína residual del huevo. Esta proteína puede inducir reacciones de hipersensibilidad inmediatas entre las personas que tienen alergia grave al huevo.

**Advertencias**

1. La vacuna antigripal no debe administrarse a personas que tengan antecedentes de enfermedad del síndrome de Guillain-Barré; consulte con su médico.

2. Si la vacuna antigripal se administra a personas inmunosuprimidas, es posible que no se obtenga la respuesta de anticuerpos esperada.

3. Al igual que con cualquier vacuna, la vacunación con vacuna antigripal puede no proteger al 100% de las personas susceptibles, además no se podrá alcanzar la protección de la inmunización hasta 2 semanas después de la vacunación.

4. Precaución: Si tiene un trastorno hemorrágico o toma medicamentos para adelgazar la sangre, puede experimentar sangrado y/o hematomas en el lugar de la inyección.

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |