

Forma de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe

Nombre del Sitio:			Fecha:		
Nombre:			Apellido:		
Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐			Fecha de Nacimiento:		Edad:
Dirección:			Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:
Ciudad	Estado	Código Postal	Relación con el Titular de la Póliza:		
Correo Electrónico:					
Doy mi consentimiento y autorizo a HealthTexas Medical Group de San Antonio a divulgar toda la información contenida en mis registros financieros y médicos a mi compañía de seguros o plan de salud, o a cualquier otra persona o entidad que sea responsable de pagar o procesar para el pago cualquier parte de mi factura. Entiendo que soy totalmente responsable del pago de todas las tarifas y servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro u otras responsabilidades y, en última instancia, responsable del pago total si mi compañía de seguros no paga de manera oportuna. También entiendo que mi historial de recetas de proveedores y farmacias que no son de HTMG estará disponible para HTMG. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.					
Compañía de Seguros:			Fecha Efectiva:		
Primer Nombre del Titular de la Póliza:			Apellido del Titular de la Póliza:		
ID de Miembro:			Grupo #:		
MARQUE SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA					
1. ¿La persona que va a ser vacunada alguna vez ha tenido una reacción grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe?					Sí ☐ No ☐
2. ¿La persona a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?					Sí ☐ No ☐
3. ¿El paciente es alérgico a los huevos? **La vacuna tiene ovoproducidos					Sí ☐ No ☐
4. ¿El paciente es alérgico a algún componente de la vacuna?					Sí ☐ No ☐
5. ¿El paciente a vacunar presenta alguno de los siguientes síntomas relacionados con el Covid-19:					
Tos, dolor de garganta, falta de aliento, pérdida del gusto/olfato, dificultad para respirar, diarrea, dolor muscular, dolor de cabeza, sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100 F. Temblores repetidos con escalofríos y contacto cercano conocido con una persona que tiene Covid-19 confirmado por laboratorio.					Sí ☐ No ☐
Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, no podremos administrar la vacuna contra la gripe He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información sobre vacunas más reciente y otra información en www.imunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Por el presente, reconozco que, con base en la información que se me presenta, yo/mi dependiente es elegible para recibir la vacuna contra la influenza en esta fecha. Solicito y doy mi consentimiento voluntario para que la vacuna se administre a la persona mencionada anteriormente de la cual soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Entiendo que no se puede asegurar que la vacuna contra la influenza dará inmunidad contra el contagio de cualquier cepa de influenza. El individuo se encuentra bien hoy y no ha tenido fiebre recientemente. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con recibir la vacuna. Por el presente, libero a los representantes y agentes de HealthTexas de cualquier responsabilidad por administrar la vacuna contra la influenza. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses.					
Nombre impreso del paciente/tutor		Firma del paciente/tutor		Fecha	
ZONA DE USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN OFICIAL VIS CDC IV 08/6/2021 FLUZONE					
Lot #	Date VIS Given	Vaccine Manufacturer	Administered by:	Location: RD ☐ LD ☐	



A healthcare partnership between



Forma de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, mujeres embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las mujeres que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad



**U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION**

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by Immunize.org

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al 1-800-822-7967. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/flu.

