

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INFLUENZA 2024-2025



**Información sobre la persona que se va a vacunar (en letra de imprenta)**

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Por niño/a - Nombre de Padre/Madre:** \_\_\_\_\_

- Seguro
- Medicaid o Medicare
- Sin seguro / seguro que NO cubra las vacunas
- Indio americano o nativo de Alaska menor de 18 años (elegible para VFC)
- Pago Efectivo

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_

**Por favor responda lo siguiente para la persona que se va a vacunar.**

	Sí	No
1) ¿Está enferma esta persona hoy?	_____	_____
2) ¿Tiene esta persona alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna?	_____	_____
3) ¿Ha tenido esta persona alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?	_____	_____
4) ¿Ha tenido esta persona el síndrome de Guillain-Barré? (Condición en la que el sistema inmunológico ataca los nervios)	_____	_____

Se me ha proporcionado una copia y he leído o me han explicado la información sobre la influenza y la vacuna contra la influenza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me la administren a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Soy responsable de cualquier cargo financiero que no cubra mi seguro. Se ingresará un registro de esta inmunización en el Sistema de registro de inmunización de Iowa (IRIS).

**Firma**

**Fecha**

\_\_\_\_\_  
 Persona cual será vacunado (si es menor, padre o tutor)

*For office use only*

Date: \_\_\_\_\_

VIS 8/6/2021

Administered by: \_\_\_\_\_

IM Site:

Left

Deltoid

Right

Thigh