

1 ¿Usted es empleado o voluntario de LVHN/LVPG o es un servicio contratado? Sí NO
EN CASO AFIRMATIVO, SOLICITE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADO DE SALUD.

2 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: ____ - ____ - ____ (Casa/Móvil) Correo electrónico: _____
 Sexo legal: F M No binario Desconocido X Nombre del doctor: _____

3 Influenza Examen

| | | |
|--|-----------|-----------|
| ¿Ya ha recibido la vacuna contra la gripe? | SÍ | NO |
| ¿Reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado? | SÍ | NO |
| ¿Antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés) ? | SÍ | NO |
| ¿Actualmente enfermo con fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores corporales, dolor de cabeza, dolor de garganta, congestión, pérdida reciente del gusto o el olfato, náuseas, vómitos o diarrea? | SÍ | NO |
| ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 10 días? | SÍ | NO |

4 Firma del consentimiento informado por parte del participante/padre:

Al firmar, he recibido y acordado lo siguiente:

- He recibido y leído la hoja de información sobre la vacuna (fecha en 8/6/21) con respecto a los beneficios y los riesgos de recibir la vacuna contra la influenza.;
- Tuve la oportunidad de que se respondan las preguntas relacionadas con la vacuna;
- Doy mi consentimiento para ser vacunado o que mi hijo sea vacunado;
- **Entiendo que si mi hijo tiene menos de 9 años, debo consultar con mi médico para determinar si se recomienda administrar una segunda dosis.**

Por el presente, libero a Lehigh Valley Health Network, sus hospitales, médicos, empleados, agentes, representantes y cesionarios incluyendo pero no limitado el propietario del inmueble sobre el cual el evento toma lugar y su matrices, subsidiarias y compañías afiliadas de toda y cualquier responsabilidad que pudiera estar asociada con mi recepción (o la de mi hijo) de la vacuna contra la gripe.

Firma de la persona vacunada, o el representante autorizado:
 X _____ Relación: _____ Fecha: ____/____/____
Firma de la persona vacunada, o el representante autorizado. Consentimiento telefónico presenciado por: _____

5 FOR INTERNAL USE ONLY

| | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------|
| Site: | Dose: | Date: ____/____/____ |
| <input type="radio"/> Left Arm | <input type="radio"/> Standard Dose | |
| <input type="radio"/> Left Leg | <input type="radio"/> High Dose | Vaccine Manufacturer: _____ |
| <input type="radio"/> Right Arm | <input type="radio"/> Refused High Dose | Lot #: _____ |
| <input type="radio"/> Right Leg | | Expiration Date: _____ |
| | | Dose: _____ |

Vaccinator Signature and Credentials: _____
 Patient MRN: _____

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, 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 personas 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. Department of Health and Human Services
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 the Immunization Action Coalition

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/vaccines.

