

# Formulario de Consentimiento para la Vacunación contra la Influenza 2026-2027



Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su edad: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Preguntas de evaluación para la vacunación contra la influenza                                                                                                                                                                                                                            | 1. ¿Está enfermo hoy? (una enfermedad menor no es una contraindicación para la vacunación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2. ¿Tiene una alergia potencialmente mortal a algún componente de la vacuna?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3. ¿Ha tenido una reacción potencialmente mortal a una vacuna contra la influenza en el pasado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la influenza?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Elegibilidad para la vacuna viva atenuada (LAIV/FluMist)</b><br><b>SOLO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI SE DESEA FLUMIST. Una respuesta "Sí" en esta sección significa que NO debe recibir la vacuna viva contra la influenza como FluMist. (Todavía puede recibir la vacuna inyectable).</b> | 1. ¿Tiene 50 años de edad o más?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2. ¿Tiene una condición de salud crónica que incluya alguna de las siguientes: enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad hepática, enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), anemia u otro trastorno sanguíneo, o un sistema inmunitario debilitado debido a VIH/SIDA u otra enfermedad que afecte el sistema inmunitario, tratamiento prolongado con medicamentos como esteroides en dosis altas, o tratamiento contra el cáncer con radiación o medicamentos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3. ¿Está embarazada o planea quedar embarazada en el próximo mes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4. ¿Tiene contacto cercano con pacientes hospitalizados actualmente por trasplante de médula ósea?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5. ¿Toma medicamentos antivirales diariamente o, si es menor de 18 años, aspirina diariamente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Ha recibido las vacunas MMR, Varicela, MMRV o fiebre amarilla en las últimas 4 semanas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

## Nota

La vacuna contra la influenza que reciba hoy se registrará en MIIC (Minnesota Immunization Information Connection, el registro estatal de inmunizaciones). La información en MIIC es confidencial y solo se compartirá con organizaciones o personas autorizadas por la ley. Si no desea participar en el registro, llame al 1-800-657-3970.

La vacunación también se registrará en la Historia Clínica de Glacial Ridge Health System (GRHS).

Si ha recibido quimioterapia, radioterapia o esteroides recientemente (excepto los inhalados), la eficacia de la vacuna puede disminuir. Sin embargo, la vacunación contra la influenza sigue siendo recomendable.

La vacuna contra la influenza también se recomienda encarecidamente para cualquier mujer que esté embarazada, planee estarlo o esté amamantando durante la temporada de influenza. Puede administrarse de manera segura en cualquier trimestre.

☐ Sí, doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza. Nota: Flublok está aprobado solo para personas de 9 años o mayores.

Firma del paciente/padre/tutor: \_\_\_\_\_

# Formulario de Consentimiento para la Vacunación contra la Influenza 2026-2027



**Note: Flublok is approved only for persons 9 years old and older. FluMist is approved only for persons 2-49. Fluzone High Dose is approved only for persons 65yo and older.**

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Date</b> administered/VIS given: ____/____/____                                                                                                                                                                |                                                                               | <b>Date of VIS:</b> 01/31/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>Lot #:</b><br>Fluzone :<br>____ 6UA5XU1G<br>_____<br>Fluzone HIGH DOSE:<br>____ 6UA9AU1<br>____ 6UAA6U1G<br>_____<br>FluMist (NASAL):<br>____ AF3585<br>_____<br>Flublok (egg-free):<br>____ TFAA2607<br>_____ | <b>Mfg:</b><br>____ SANOFI<br>_____<br>____ PMC<br>_____<br>____ MED<br>IMMUN | <b>CPT</b> ____ 90656 = IIV3 Fluzone trivalent p-free <b>0.5ml</b><br><b>code:</b> ____ 90662 = IIV3 Fluzone trivalent high dose <b>0.5 ml</b><br>(≥65 yrs)<br>____ 90672 = Live intranasal FluMist<br>____ 90673 = RIV3 Flublok (Egg-free) trivalent <b>0.5 ml</b><br><br><b>Exp date:</b> ____ 06/30/2027 (Fluzone/Fluzone HD)<br>____ 12/7/2026 (FluMist)<br>____ 5/31/2027 (Flublok) |  |
| <b>Route:</b><br>____ IM<br>____ Nasal                                                                                                                                                                            | <b>IM Site:</b><br>____ R deltoid<br>____ L deltoid                           | <b>Name and title of vaccine administrator:</b><br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

| Age                        | Vaccination Status                                                              | Dose                                         | Schedule                                        |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 6 months through 35 months | Not previously vaccinated with influenza vaccine or unknown vaccination history | Two doses, either 0.25 mL or 0.5mL*          | Administer at least 4 weeks apart               |
|                            | Previously vaccinated with influenza vaccine                                    | One or two doses†, either 0.25 mL or 0.5 mL* | If two doses, administer at least 4 weeks apart |
| 36 months through 8 years  | Not previously vaccinated with influenza vaccine or unknown vaccination history | Two 0.5 mL doses                             | Administer at least 4 weeks apart               |
|                            | Previously vaccinated with influenza vaccine                                    | One or two 0.5 mL doses†                     | If two doses, administer at least 4 weeks apart |

| Age               | Vaccination Status | Dose            | Schedule |
|-------------------|--------------------|-----------------|----------|
| 9 years and older | -                  | One 0.5 mL dose | -        |

Administer Fluzone High-Dose as a single 0.5 mL dose. (2)

Flublok is an injection, a single dose is 0.5mL.