

Influenza Vaccine Information and Consent 2018-2019 Consentimiento y Información Sobre la Vacuna de la Gripe 2018-2019

Adverse Reactions to the Vaccine:

Side effects from the influenza vaccine are usually mild and occur at low frequency. Soreness and redness at the injection site is a common reaction that lasts for about two days. Some may also experience fever or body aches, usually these symptoms occur in those who have never been exposed to the influenza virus or vaccine. Immediate allergic reactions occur rarely after influenza vaccination. This is most likely the result of hypersensitivity to some component of the vaccine.

Las reacciones adversas a la vacuna:

Los efectos secundarios de la vacuna contra la gripe son generalmente leves y se producen a baja frecuencia. Dolor y enrojecimiento en el sitio de inyección es una reacción común que tiene una duración de aproximadamente dos días. Algunos también pueden experimentar fiebre o dolores en el cuerpo, por lo general estas síntomas se producen en aquellos que nunca han estado expuestos al virus de la gripe o vacuna. Reacciones alérgicas inmediatas rara vez se producen después de la vacunación de la gripe. Esto es probablemente el resultado de hipersensibilidad a algún componente de la vacuna.

Influenza Vaccine and Guillain-Barré Syndrome:

Unlike the 1976 Swine Influenza Vaccine, flu vaccines used subsequently have not been clearly associated with an increased frequency of Guillain-Barré Syndrome (GBS), which is associated with paralysis. If you have any history of GBS, you should contact your physician to see if you are a candidate for the influenza vaccination.

Vacuna contra la gripe y el síndrome de Guillain-Barré:

A diferencia de la vacuna contra la gripe porcina de 1976, vacunas contra la gripe utilizadas posteriormente no han sido claramente asociadas con un aumento de la frecuencia del síndrome de Guillain-Barré (GBS), que está asociada con la parálisis. Si usted tiene antecedentes de GBS, debe comunicarse con su médico para ver si usted es un candidato para la vacunación contra la gripe.

WARNING: ANSWER ALL QUESTIONS LISTED BELOW!

You should NOT receive the vaccine if you answer YES to any of the following questions without consultation with your primary care provider.

ADVERTENCIA: RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN!

Usted NO debe recibir la vacuna si su respuesta es SI a cualquiera de las siguientes preguntas sin consultar con su médico.

Yes	No	Have you had a severe reaction to a flu shot in the past?
Yes	No	Do you have an active or history of a neurological disorder including Guillain-Barré Syndrome (GBS)?
Yes	No	Do you have any type of illness with fever, acute respiratory or other active infection or illness?

Sí	No	¿Ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado?
Sí	No	¿Tiene un trastorno neurológico actual o antecedentes, incluyendo el Síndrome de Guillain-Barré (GBS)?
Sí	No	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratorio con fiebre u otra infección o enfermedad activa?

Children, who are younger than 4 years of age, should contact their physician to receive the influenza vaccine as not all formulations are appropriate for ages below 4. If you are immunosuppressed (either due to medications, infections, or malignancies), please discuss with your treating physician for clearance to receive vaccine. Your immunosuppressed state may result in a less than optimal antibody response to the vaccine.

Para niños menores de 4 años de edad, usted debe contactar a su médico para recibir la vacuna contra la gripe ya que no todas las formulaciones son apropiadas para menores de 4 años de edad. Si usted está inmunodeprimido (ya sea debido a medicamentos, infecciones o tumores malignos) debe consultar a su médico personal para recibir la vacuna contra la gripe. Su estado inmunodeprimido puede causar un resultado disminuido de los anticuerpos a la vacuna.

CONSENT:

I have received the Vaccine Information Statement (VIS), understand and consent to the flu vaccine for 2018-2019. I have read the information on this consent form regarding influenza and the influenza vaccine. I have had the opportunity to ask questions and they have been answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of immunization with the influenza vaccine and request that the 2018-2019 influenza vaccine be administered to me. I am aware that I should wait 15 minutes prior to leaving the flu shot clinic in case of any unexpected reaction.

CONSENTIMIENTO:

He recibido el Consentimiento y Información Sobre la Vacuna de la Gripe, entiendo y doy mi consentimiento para la vacuna contra la gripe 2018-2019. He leído la información en este formato de consentimiento en relación con la gripe y la vacuna contra la gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la inmunización con la vacuna contra la gripe, y solicito que la vacuna contra la gripe 2018 -2019 se me administre. Estoy consciente de que debo esperar 15 minutos antes de salir de la clínica en caso de cualquiera reacción inesperada.

Are you a CareHere patient? YES NO **Guardian:** YES NO **Date:** 10/ /2018

Print Name: _____ Sign Name: _____

Phone: (____) _____ Email: _____

Address: _____

SSN (last four digits): _____ DOB: _____

CAREHERE STAFF TO COMPLETE:

Please indicate if: **Quadrivalent vaccine** *****CHECK MANUFACTURER'S AGE INDICATION FOR CHILDREN*****

Brand: Flucelvax **Lot: #** 252380 **Exp:** 05/31/2019

Administered By: _____ **Title:** _____

VIS Given: YES NO **VIS Date:** 08/07/2015 (published)

Deltoid: Right Left **STAFF INITIALS:** _____ **Date Administered:** 10/ /2018

Patient observed for 15 minutes w/o incident: YES NO

Please upload into the patient's EMR record.

¿Es usted un paciente CareHere? Sí No **Guardián:** Sí No **Date:** 10/ /2018

Nombre: _____ Firma: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Dirección: _____

SSN (últimos cuatro dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

CAREHERE STAFF TO COMPLETE:

Please indicate if: **Quadrivalent vaccine** *****CHECK MANUFACTURER'S AGE INDICATION FOR CHILDREN*****

Brand: Flucelvax **Lot: #** 252380 **Exp:** 05/31/2019

Administered By: _____ **Title:** _____

VIS Given: YES NO **VIS Date:** 08/07/2015 (published)

Deltoid: Right Left **STAFF INITIALS:** _____ **Date Administered:** 10/ /2018

Patient observed for 15 minutes w/o incident: YES NO

Please upload into the patient's EMR record.