Cottage Health
GOLETA VALLEY | SANTA BARBARA | SANTA YNEZ VALLEY

Consentimiento para la Vacuna Contra la Gripe 2020-2021

1. Información de contacto (por favor llene en letra de imprenta)**:**

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial del medio: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)**:** _____**Edad:** _____
(debe tener 12 años o más para recibir la vacunación)

2. Marque el que corresponda: [ ] pagado

[ ] Birnam Wood
[ ] Catholic Charities
[ ] Doctor's Without Walls
[ ] First Presbyterian
[ ] Garden Court
[ ] Goleta Presbyterian
[ ] Johnson Court
[ ] Our Lady of Guadalupe
[ ] Path Point
[ ] Other _____
[ ] Gardens on Hope
[ ] St. Joe's, Carp.
[ ] St. Mark's, Isla Vista
[ ] St. Vincent's
[ ] Transition House
[ ] Trinity Episcopal
[ ] Trinity Lutheran
[ ] Unity Shop

3. La historia clínica: Revisado por: _____

[ ] sí [ ] no ¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la gripe?
[ ] sí [ ] no ¿Ha sufrido de algún problema inusual cuando le han aplicado la vacuna contra la gripe?
[ ] sí [ ] no ¿Alguna vez ha tenido una grave reacción alérgica a las vacunas?
[ ] sí [ ] no ¿Tiene alergia a los huevos?
[ ] sí [ ] no ¿Tiene alergia al látex?
[ ] sí [ ] no ¿Tiene usted antecedentes de Guillian-Barre - una enfermedad neurológica que se caracteriza por debilidad y parálisis?
[ ] sí [ ] no ¿Tiene actualmente fiebre o una enfermedad grave?
[ ] sí [ ] no ¿Está usted embarazada y/o dando pecho?
[ ] sí [ ] no ¿Está tomando diluyentes de la sangre (por ejemplo aspirina, Coumadin, Plavix, Lovenox, y Heparin)? Si responde que sí, por favor aplique presión en el área de la inyección por un tiempo más prolongado para evitar que ocurra un sangrado.
[ ] sí [ ] no ¿Alguna vez le han diagnosticado enfermedad del corazón, diabetes, y/o enfermedad respiratoria?

4. Consentimiento:
Por este medio autorizo a que se me aplique la vacuna contra la gripe inactiva estandarizada de acuerdo con los requisitos CDC para la temporada de la gripe del 2020-2021. Entiendo que no existe garantía alguna a quedar totalmente inmune como resultado de esta vacuna. He recibido una copia y la he leído, o se me ha explicado la información que aparece en la *Declaración de Información sobre la Inmunización* para la Vacuna contra la Gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas me han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que los efectos secundarios pueden incluir dolor en el lugar de la inyección, cansancio y dolores musculares. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y he solicitado que se me aplique dicha vacuna.

Firma de la persona que recibe la vacuna: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor si la persona que recibe la vacuna es menor de 18: _____ Fecha: _____

5. Opcional:
Me gustaría recibir información relacionada a las ferias de salud de Cottage.

Correo electrónico: _____

Fabricante: ID Biomedical Corporation of Quebec Número de lote: 3X2KX Fecha de vencimiento: 6/30/21

Lugar de la inyección: [ ] Deltoides Intramuscular Izquierdo [ ] Deltoides Intramuscular Derecho

Fecha de la vacunación: _____ Firma de la persona que administró la vacuna: _____