

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Indicaciones para la vacuna contra la Influenza	Contraindicaciones para la vacuna contra la Influenza
<input type="checkbox"/> Vacuna de dosis estándar- mayor de 6 meses* <input type="checkbox"/> Vacuna de dosis alta - mayor de 65 años <input type="checkbox"/> Vacuna de dosis alta – 18-64 con trasplante de órgano sólido, tomando inmunodepresores  ¿Está embarazada? S / N (LAIV está contraindicada durante el embarazo)	<input type="checkbox"/> Alergia al thiomersal (solo aplica para ampollas de dosis múltiple)** <input type="checkbox"/> Alergia al Neomycin o polymyxin (cantidad en trazas en Afluria)*** <input type="checkbox"/> Alergia al Neomycin o kanamycin (cantidades en trazas en Fludad) <input type="checkbox"/> Alergia al gentamicin (cantidades en trazas en Flarix y Flumist) <input type="checkbox"/> Alergia al formaldehyde o al octylphenol ethoxylate (ingredientes de Fluzone y Fluzone HD) <input type="checkbox"/> Fiebre/enfermedad actual <input type="checkbox"/> Trasplante de corazón en el último mes <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea o células madre en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Historia del síndrome de Guillain-Barre en el plazo de las 6 semanas después de recibir la vacuna contra la influenza <input type="checkbox"/> Historia de reacción grave a la vacuna contra la influenza <input type="checkbox"/> Alergia al huevo
*Los niños de 6 meses a 8 años deben recibir una segunda dosis 1 mes después de la primera dosis si previamente han recibido menos de 2 dosis de la vacuna contra la influenza (número total de dosis en el pasado).	**Los pacientes alérgicos al thimerosal pueden recibir una dosis única de Fluzone®. ***Las personas alérgicas a Neomycin o al polymyxin pueden recibir Fluzone®

**Alergia al huevo:** cualquier vacuna contra la influenza que sea apropiada para la edad y el estado médico del receptor se le puede dar a alguien con alergia al huevo. Todas las vacunas deben darse en entornos en los que haya disponible personal y equipo necesarios para reconocer rápidamente y dar tratamiento a reacciones alérgicas agudas, incluyendo la anafilaxia, independientemente de la historia de alergia.

**Abreviaturas:**

IIV = Vacuna contra la influenza inactivada                      RIV = Vacuna antigripal recombinante  
 LAIV = Vacuna viva atenuada contra la influenza                      HD (como prefijo) = Vacuna de dosis alta

**Fecha en que se administró la vacuna:** \_\_\_\_\_

Verifique la siguiente información:

**Fecha en que se administró la vacuna:** \_\_\_\_\_  
**Fabricante de la vacuna:** \_\_\_\_\_  
**Número de lote de la vacuna:** \_\_\_\_\_

**Exp. Fecha:** \_\_\_\_\_

**IIV/RIV (incluyendo HD): Dosis = 0.5 mL\*    Lugar de la inyección: Deltoides / Muslo    I \_\_\_\_\_ / D \_\_\_\_\_**

**\*Afluria = 0.25 ml de 6- 35 meses, 0.5 ml para mayores de 3 años**

**LAIV (solo para las edades de 2-49 años): Dosis = 0.1 ml en cada fosa nasal**

**Administrado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha/hora:** \_\_\_\_\_

**NO** administre ninguna vacuna en este momento.

**DECLARACIONES DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN**

Recibí una copia de la Hoja de información sobre vacunación titulada "Lo que necesita saber" para las vacunas indicadas arriba. Leí o me explicaron la información que aparece en la Declaración de información de la vacuna, incluyendo información sobre los riesgos y las posibles reacciones relacionadas con esta vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que respondieron satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicité que me la administraran a mí o a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

X \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_  
 Firma de la persona que recibirá la vacuna/representante autorizado

X \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_  
 Firma del testigo

Patient Identification Label

**Influenza Vaccination**  
 Mason Health  
 901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668  
 Shelton, WA 98584  
 MGH 1697 Rev. 9/2024  
 SCAN TO IMMUNIZATION RECORD