

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

CONSENTIMIENTO Y EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN. VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN Si responde "sí" a alguna de las preguntas, quizás no pueda vacunarse hoy.					Sí	No
1. ¿Alguna vez lo diagnosticaron con dolor muscular intenso y parálisis (Síndrome de Guillain-Barré) dentro de las 6 semanas de haber recibido la vacuna antigripal?						
2. ¿Ha recibido un trasplante de médula ósea en los últimos 6 meses?						
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave a alguna vacuna, incluidas las anteriores de la gripe?						
4. ¿Tiene alergia al timerosal? En caso afirmativo, aún puede recibir la vacuna contra la influenza con una jeringa monodosis. <i>Las vacunas de la gripe en viales de multidosis contienen timerosal para proteger al vial de la contaminación. La mayoría de los viales monodosis, las jeringas precargadas y las vacunas en aerosol nasal de la gripe no contienen conservante porque están diseñadas para usarse una sola vez..</i>						
5. ¿Ya recibió la vacuna antigripal esta temporada?						
INFORMACIÓN DEL PACIENTE:						
Apellido:		Nombre:		Inicial del 2.º nombre:		Fecha de nacimiento:
Si tiene menos de 18 años. Padre o tutor:						
Nombre del padre o tutor:			Teléfono preferido:		Parentesco con el paciente:	
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA: Si el registro electrónico (e-Check-In) está disponible y lo completó en MyBSWHealth, no necesita llenar la sección de información demográfica ni del seguro médico.						
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino		Raza: ☐ Indoamericana o nativo de Alaska ☐ Nativa de Hawái/isleña del Pacífico ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Blanca			Origen étnico: Hispano o latino ☐ Sí ☐ No	
N.º de Seg. Social: XXX - XX - ____ ____ ____						
Domicilio:		Ciudad:		Estado:	Código postal:	Condado:
Teléfono preferido:		Dirección de correo electrónico:			Médico de atención primaria:	
SEGURO MÉDICO:						
Compañía de seguros:		N.º de grupo:	N.º de póliza:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nac. del titular de la póliza:	
☐ MARQUE AQUÍ SI NO TIENE SEGURO MÉDICO O ÉSTE ES INSUFICIENTE						

Al firmar a continuación, doy fe de que todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender, y de que todas mis preguntas han sido contestadas.

Se me ha dado la oportunidad de leer, recibir o rechazar una copia de la hoja informativa de la vacuna (Vaccine Information Sheet, VIS) contra la influenza.

Doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza en este momento y para permitir que BSWH cobre dicha vacuna.

Firma:	Fecha:	Hora:	Parentesco con el paciente:
--------	--------	-------	-----------------------------

| **Sólo para el equipo de vacunación: Si se llena electrónicamente, esta sección puede dejarse en blanco.** | | | |

Fabricante de vacuna:	☐ GSK ☐ Sanofi ☐ Seqirus ☐ Other		Fecha/Hora:	
Tipo de vacuna:	☐ Flud (65+) ☐ Fluarix ☐ Flublok	☐ Flucelvax (syringe) ☐ Flulaval ☐ Fluzone (syringe) ☐ Fluzone High Dose (65+)	Administrada por	Sitio: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Deltoide ☐ Muslo
N.º de lote:	Lugar (clínica/centro):			
Fecha de vencimiento:	Dosis: ☐ 0.5 mL ☐ 0.25 mL			
Edición de VIS:	1/31/2025			

Scan doc type: Consent - Immunization

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH



BSWH-59775SP (Rev. 08/26)

**INFLUENZA VACCINE
CONSENT AND IMMUNIZATION RECORD**