

## **PERMISO PARA RECIBIR LA VACUNA INYECTADA CONTRA LA INFLUENZA**

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro medico \_\_\_\_\_

Yo (nombre del padre o madre) \_\_\_\_\_ doy mi permiso para que mi Hijo(a) \_\_\_\_\_ reciba la vacuna inyectada contra la influenza 2022-2023 y no hago responsable a la Dr. Smita Mengers y Dr. Wendy VanBronkhorst de cualquier complicación medica relacionada con la vacuna contra la influenza.

Yo entiendo que puede haber una reacción adversa a esta vacuna que puede ser frecuente y usualmente pequeña. La reacción más grave que puede ocurrir es el SINDROME DE GULLIAN-BARR(GBS). En 1976 la vacuna del flu fue asociada con GBS, pero desde ese año hasta la fecha no ha habido otra relación del GBS con esta vacuna, pero si hubiese riesgo de contraer GBS por la vacuna del flu es de 1-2 casos entre millones de personas vacunadas.

Yo he tenido la oportunidad de leer y revisar la información de la vacuna (VIS) y he contestado las preguntas del cuestionario del centro de control de enfermedades (CDC).

### **POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS**

- |                                                                                       |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.- Es la primera vez que su hijo (a) ha recibido la vacuna contra la influenza?      | SI | NO |
| 2.- ¿A tenido alguna reacción alérgica a los huevos, productos con huevos o gelatina? | SI | NO |
| 3.- A tenido alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza?                   | SI | NO |
| 4.- A tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?                                | SI | NO |

Yo sé que puede haber la posibilidad de que mi seguro no cubra esta vacuna y si es así entiendo que yo soy el responsable por el costo en su totalidad.

**Firma de padre o madre** \_\_\_\_\_