

CONSENTIMIENTO la influenza y/o la vacuna contra el COVID-19 2024 - 2025
Primer Nombre (First name): _____ **Apellido** (Last name): _____

Fecha de nacimiento (Date Of Birth): _____ **Edad** (Age): _____ **Genero** (Gender): M / F

Domicilio (Address) _____

Ciudad (City) _____ **Estado** (State) _____ **Codigo Postal** (Zip Code) _____

Numero Telefonico (Telephone) _____ **Médico / proveedor** (Physician/ Provider) : _____

Vacunas que deseo recibir hoy (Vaccines you wish to receive today):

 Influenza (Inactivado/ inyectable) COVID-19

Preguntas Médicas (Medical questions) — **Por Favor responda cada pregunta** (Please answer each question)

Sí (yes) No

Tiene alergia a algún ingrediente incluido en las vacunas? (látex, huevos, polietilenglicol, polisorbato 80) (Do you have allergies to any ingredients included in vaccines such as latex, eggs, polyethylene glycol, polysorbate 80)	
¿Ha tenido alguna reacción grave a una vacuna o medicamento inyectable en el pasado? (Have you had any serious reaction to a vaccine/ injectable medication in the past?)	
¿Tiene una condición inmunocomprometida debido a alguna causa? (Do you have an immunocompromising condition due to any cause?)	
Estas embarazada? (Are you pregnant)	
¿Tienes menos de 18 años? Si es así, un padre/tutor debe firmar a continuación. (Are you younger than 18 years of age? If so a parent/ gaurdian must sign below)	
¿Estás enfermo hoy o tienes fiebre? (Are you sick today or running a fever?)	
¿Tiene historia de alguna de las siguientes condiciones? (marque todas las que correspondan) -Síndrome de Guillain-Barré: (debilidad muscular temporal) -Miocarditis o Pericarditis -Síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) (Do you have history of any of the following conditions (check all that apply). Guillain-Barre syndrome (a temporary muscle weakness) -myocarditis or pericarditis -multisystem inflammatory syndrome (MIS-C or MIS-A)	

FIRMA Y CONSENTIMIENTO (Signature and consent) Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y/o la vacuna contra el COVID-19 y solicito que me administren una o más (como se indica arriba) a mí o a la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Reconozco que el código QR me proporciona la(s) hoja(s) de información sobre vacunas actualizadas y soy consciente de cualquier posible efecto secundario. Por la presente asumo cualquier riesgo relacionado con la recepción de la(s) vacuna(s) y liberó a Lewis Drug y sus agentes, personal, representantes, sucesores y cesionarios, y me subrogo de toda responsabilidad relacionada, directa o indirectamente, que pueda surgir de haber recibido la vacuna(s) indicada(s). Si recibí la(s) vacuna(s) en mi vehículo o fuera de las instalaciones de Lewis Drug, reconozco que Lewis Drug me recomendó que me estacione y espere 15 minutos después de la vacunación para asegurarme de no evidenciar ninguna reacción adversa. optar por no participar en el envío SDIIS

Firma del paciente O padre/tutor que autoriza la vacunación (REQUERIDA)

FECHA (Date)

SI firma por un MENOR, escriba su nombre e indique la relación (REQUERIDO)

SOLO PARA EMPLEADOS (for staff only) Lewis Drug: _____ or Clinic _____

Vaccine	Date of Administration:	Site of Administration	Immunizer Signature/title:
FLU		Deltoid: Left Right Other _____	
COVID		Deltoid: Left Right Other _____	

Iowa: Date record sent to PCP: _____

FLU Manufacturer - Vaccine	Lot Number	Expiration Date	VIS Provided
GSK – Fluarix TIV PFS 24-25 age 6m+	TK3YE	06/30/2025	
Sanofi – Flublok TIV PFS 24-25 age 18+			
Seqirus – Flucelvax TIV PFS 23-24 age 6m+			
COVID-19 Manufacturer - Vaccine	Lot Number	Expiration Date	VIS - Scan QR code below
Moderna – Spikevax PFS 2024-2025 age 12+			
Novavax – Novavax PFS 2024-2025 age 12+			
Pfizer – Comirnaty PFS 2024-2025 age 12+			