

CONSENTIMIENTO la influenza y/o la vacuna contra el COVID-19 2025 - 2026



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?)	
¿Declara padecer una afección inmunodeprimida o subyacente que lo pone en alto riesgo de contraer COVID-19? Consulte el reverso para ver la lista de afecciones subyacentes. Do you attest to having an immunocompromising or underlying medical condition that puts you at high COVID-19? See back for listing of underlying conditions	
Estás 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?)	

<p>¿Tiene historia de alguna de las siguientes condiciones? (marque todas las que correspondan)</p> <p>-Síndrome de Guillain-Barré: (debilidad muscular temporal)</p> <p>-Miocarditis o Pericarditis -Síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)</p> <p>(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)</p>	
--	--

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** _____

	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 25-26 age 6m+			
Sanofi – Flublok TIV PFS 25-26 age 18+			
Seqirus – Flucelvax TIV PFS 25-26 age 6m+			
COVID-19 Manufacturer - Vaccine	Lot Number	Expiration Date	VIS - Scan QR code below
Moderna – Spikevax PFS 2025-2026 age 12+			
Moderna – Spikevax PFS 2025-2026 age 12+			
Pfizer – Comirnaty PFS 2025-2026 age 12+			

Personas de 5 a 64 años con mayor riesgo de presentar COVID-19 grave.

Su declaración confirma que comprende la aprobación y acepta que cumple los requisitos para recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19 2025-2026.

Afecciones subyacentes, determinadas por los CDC, que puedan indicar que un paciente podría tener un mayor riesgo de presentar consecuencias graves de la COVID-19. Esta lista no debe utilizarse para excluir a las personas con afecciones subyacentes de las medidas recomendadas para la prevención o el tratamiento de la COVID-19.

Asma

Cáncer / Cánceres de la sangre

Enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular, aneurismas cerebrales, enfermedad de la arteria carótida)

Enfermedad renal crónica

Personas en diálisis

Enfermedades pulmonares crónicas limitadas a: Bronquiectasias, EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Enfermedad pulmonar intersticial, Embolia pulmonar, Hipertensión pulmonar

Enfermedades hepáticas crónicas limitadas a: Cirrosis, Enfermedad del hígado graso no alcohólico, Enfermedad hepática alcohólica, Hepatitis autoinmune

Fibrosis quística

Diabetes mellitus, diabetes tipo 1 y tipo 2 o diabetes gestacional

Discapacidades, incluido el síndrome de Down

Afecciones cardíacas (como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o miocardiopatías)

VIH (Virus de inmunodeficiencia humana)

Afecciones de salud mental limitadas a: Estado de ánimo Trastornos, incluyendo depresión, trastornos del espectro de la esquizofrenia, obesidad (IMC ≥ 30 kg/m² o \geq percentil 95 en niños)

Inactividad física

Embarazo y embarazo reciente

Inmunodeficiencia primaria

Tabaquismo, actual y anterior

Trasplante de órgano sólido o células madre sanguíneas

Tuberculosis

Uso de corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores