



Influenza Vaccine Consent 2022-2023

1. Contact information (please print):

Last Name: _____

First Name: _____ MI: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Birth date (mo/day/yr): _____ Age: _____
(must be 18 years or older to receive the vaccination)

2. Check one:

Community

General public

Family member of Cottage Health employee

Cottage Health (must show badge)

Employee #: _____

Auxiliary #: _____

Physician #: _____

3. Medical history:

Screened by: _____

- yes no Have you ever received the seasonal flu vaccine before?
- yes no Have you had any unusual problems when receiving the flu vaccine before?
- yes no Have you ever had a severe allergic reaction to any vaccine?
- yes no Do you have a serious allergy to eggs?
- yes no Do you have an allergy to latex?
- yes no Do you have a history of Guillian-Barre – a neurological illness characterized by weakness and paralysis?
- yes no Do you currently have a fever or acute illness?
- yes no Are you pregnant and/or breast-feeding?
- yes no Are you on blood thinners (e.g., aspirin, coumadin, plavix, lovenox, heparin)?
If yes, please hold the injection site longer to prevent bleeding.
- yes no Have you ever been diagnosed with heart disease, diabetes, and/or respiratory disease?

4. Consent:

I hereby authorize that I be inoculated with the inactivated influenza vaccine, which is standardized according to CDC requirements for the 2022-2023 influenza season. I understand that there is no guarantee that complete immunity will result from this immunization. I have been given a copy and have read, or have had explained to me, the information in the *Vaccine Information Statement* for Influenza Vaccine. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand that side effects may include soreness at the injection site, tiredness, or muscle aches. I understand the benefits and risks of influenza vaccine and ask that the vaccine be given to me.

Signature of person to receive vaccine: _____ Date: _____

Signature of parent/guardian if person to receive vaccine is <18: _____ Date: _____

5. Optional:

How did you hear about these free flu shots? _____

I would like to receive updates from Cottage Health. Email address: _____

Manufacturer: Flulaval Quadrivalent by GSK

Lot Number: 2R5K7 Expiration Date: 6/30/2023

Location of injection: Left deltoid IM Right deltoid IM

Date of vaccination: 10/1/2022 Signature of vaccine administrator: _____

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent **influenza (flu)**.

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant people, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. People who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call **9-1-1** and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call **1-800-822-7967**. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call **1-800-338-2382** to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call **1-800-232-4636** (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu.



Consentimiento para la Vacuna Contra la Gripe 2022-2023

1. Información de contacto (por favor llene en letra de imprenta):

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial del medio: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ **Edad:** _____
(debe tener 18 años o más para recibir la vacunación)

2. Marque el que corresponda:

Comunidad

Público en general

Familiar de un empleado de Cottage Health

Cottage Health (necesita identificación)

Empleado #: _____

Auxiliares #: _____

Médico #: _____

3. La historia clínica:

Revisado por: _____

sí no ¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la gripe?

sí no ¿Ha sufrido de algún problema inusual cuando le han aplicado la vacuna contra la gripe?

sí no ¿Alguna vez ha tenido una grave reacción alérgica a las vacunas?

sí no ¿Tiene alergia a los huevos?

sí no ¿Tiene alergia al látex?

sí no ¿Tiene usted antecedentes de Guillian-Barre - una enfermedad neurológica que se caracteriza por debilidad y parálisis?

sí no ¿Tiene actualmente fiebre o una enfermedad grave?

sí no ¿Está usted embarazada y/o dando pecho?

sí no ¿Está tomando diluyentes de la sangre (por ejemplo aspirina, Coumadin, Plavix, Xarelto, Lovenox, y Heparin)?
Si responde que sí, por favor aplique presión en el área de la inyección por un tiempo más prolongado para evitar que ocurra un sangrado.

sí no ¿Alguna vez le han diagnosticado enfermedad del corazón, diabetes, y/o enfermedad respiratoria?

4. Consentimiento:

Por este medio autorizo a que se me aplique la vacuna contra la gripe inactiva estandarizada de acuerdo con los requisitos CDC para la temporada de la gripe del 2022-2023. Entiendo que no existe garantía alguna a quedar totalmente inmune como resultado de esta vacuna. He recibido una copia y la he leído, o se me ha explicado la información que aparece en la *Declaración de Información sobre la Inmunización* para la Vacuna contra la Gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas me han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que los efectos secundarios pueden incluir dolor en el lugar de la inyección, cansancio y dolores musculares. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y he solicitado que se me aplique dicha vacuna.

Firma de la persona que recibe la vacuna: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor si la persona que recibe la vacuna es menor de 18: _____ Fecha: _____

5. Opcional:

Cómo se enteró de las clínicas comunitarias para la vacuna contra la gripe? _____

Me gustaría recibir información relacionada con la salud de Cottage. Correo electrónico: _____

Fabricante _____ Flulaval Quadrivalent by GSK _____

Número de lote: 2R5K7 Fecha de vencimiento: 6/30/2023 _____

Lugar de la inyección: Deltoides Intramuscular Izquierdo Deltoides Intramuscular Derecho

Fecha de la vacunación: 10/1/2022 Firma de la persona que administró la vacuna: _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.

