BP-A0807 **INFLUENZA VACCINE CONSENT – INMATES** CDFRM
Sep 11

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE **FEDERAL BUREAU OF PRISONS**

*{*Note: CDC Vaccine Information Statements in multiple languages available at: www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/}*

I have been provided a copy of the Vaccine Information Statement* for Influenza Vaccine dated _____. I have had the opportunity to ask questions about the benefits and risks of vaccination.

□ **I consent to receive the influenza vaccine at this time.**

Health Questions Prior to Influenza Vaccination *(Check Yes or No)*

Yes	No	Health Questions
		Are you sick today? *(if moderately to severely ill should postpone vaccination)*
		Do you have allergy to eggs?
		Have you ever had serious reaction to influenza vaccine? If so, describe:
		Have you had Guillain-Barré syndrome (progressive paralysis)

Inmate Signature	Witness Signature	Date

□ **I decline to receive the influenza vaccine at this time.**

Inmate Signature	Witness Signature	Date

(PRINT) Inmate Name (Last, First)	Register Number	Facility

BP-A0807 **CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS DE INFLUENZA - PRESOS** CDFRM Sep 11

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA EE.UU **AGENCIA FEDRAL DE PRISIONES**

*{*Nota: Las Declaraciones Informativas para Vacunas del CDC son disponibles en múltiple idiomas en: www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/}*

Me han dado una copia de la Declaración Informativa de vacunas para la Vacuna de Influenza, fechada_____. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los riesgos y beneficios de esta vacuna.

□ **Doy mi consentimiento para recibir la vacuna de Influenza en este momento.**

Preguntas de Salud necesarias antes de ser vacunado *(Marque Si o No)*

Si	No	Preguntas de Salud
		Está enfermo hoy? (Si esta moderamente o gravemente enfermo debe posponer la vacunación)
		Es alérgico a huevos?
		Alguna vez ha tenido una reacción seria a la vacuna de Influenza? Si así es, describa la reacción:
		Ha tenido el síndrome Guillain-Barre (parálisis progresiva)?

Firma del Preso	Firma del testigo/Witness Signature	Fecha

□ **Me niego a recibir la vacuna de influenza en este momento.**

Firma del preso	Firma del testigo/Witness Signature	Fecha

(EN LETRA DE MOLDE) Nombre del Preso (Apellido, Primer Nombre)	**Numero de Registro**	**Institución**