

Rechazo de la vacuna contra la gripe

Flu vaccine declination

Print Name / Nombre

Date of Birth / Fecha de Nacimiento

NO QUIERO LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

Reconozco que soy consciente de los siguientes hechos:

- Algunas personas con influenza no presentan síntomas, lo que aumenta el riesgo de transmisión a otras personas.
- Es necesario vacunarse contra la gripe cada año porque el virus de la influenza cambia con frecuencia. La inmunidad después de la vacunación es más fuerte durante 2 a 6 meses.
- Entiendo que la vacuna contra la influenza no puede transmitir la gripe y no previene todas las enfermedades.
- Rechazo la vacuna contra la gripe para la temporada 2026 - 2027. Reconozco que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan la vacunación contra la influenza para todos los trabajadores de la salud con el fin de prevenir la infección y la transmisión de la influenza y sus complicaciones, incluyendo la muerte, a los pacientes, mis compañeros de trabajo, mi familia, y mi comunidad.
- Según el Departamento de Salud, **SI USTED DECIDE NO VACUNARSE, USTED DEBE USAR UNA MASCARILLA** siempre que esté en presencia de un paciente; la agencia sólo proporcionará las mascarillas si usted rechaza la vacuna.
- **Mi supervisor y gerente, incluyendo a los líderes departamentales serán informados que he rechazado la vacuna contra la gripe.**

RECHAZO LA VACUNA CONTRA LA GRIPE POR LAS SIGUIENTES RAZONES

Por favor, marque todo lo que corresponda. Razones por las que no desea ponerse la vacuna contra la gripe -

Por favor, marque todo lo que se aplica.

- | | |
|--|--|
| ☐ No creo que esta vacuna sea importante. | ☐ Me da una reacción las vacunas contra la gripe. |
| ☐ Me preocupan los efectos secundarios. | ☐ No me gustan las inyecciones |
| ☐ Nunca tengo gripe. | |

Ahora que conozco esta información, elijo rechazar la vacunación en este momento.

He leído y entiendo completamente la información sobre este formulario de rechazo.

Cuidara Firma

Fecha de hoy

Mes

Día

Año