

Rechazo a recibir la vacuna contra la influenza

Mi empleador o institución de salud afiliada, _____, ha recomendado que me vacune contra la influenza para mi protección y la de los pacientes que atiendo.

Reconozco que estoy conciente de los siguientes hechos:

- La influenza es una enfermedad respiratoria grave que anualmente causa la muerte de un promedio de 36,000 personas y hospitaliza a más de 200,000 personas en los Estados Unidos.
- Se recomienda que yo y otros trabajadores del área de la salud nos vacunemos contra la influenza para prevenir la enfermedad, sus complicaciones e incluso la muerte.
- De contraer la influenza, mi organismo propagará el virus de 24 a 48 horas antes de que aparezca algún síntoma de esta enfermedad; lo cual puede contagiar a los pacientes en esta institución.
- Si quedo infectado con la influenza, puedo propagar una enfermedad severa a terceros aún cuando mis síntomas sean leves.
- Entiendo que las cepas de virus que causan la influenza cambian casi todos los años, por lo cual se recomienda una vacuna diferente contra la influenza cada año.
- No puedo contraer la influenza a través de la vacuna de la influenza.
- Las consecuencias de rehusar mi vacunación pueden poner en peligro mi salud y la salud de aquellos con quienes tengo contacto, incluyendo
 - pacientes en este centro de salud
 - mis compañeros de trabajo
 - mi familia
 - mi comunidad

A pesar de estos hechos, rehúso recibir la vacuna contra la influenza por ahora.

Entiendo que puedo cambiar de idea en cualquier momento y aceptar la vacuna contra la influenza si ésta se encuentra disponible.

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

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de molde): _____

Departamento: _____

Declination of Influenza Vaccination

My employer or affiliated health facility, _____, has recommended that I receive influenza vaccination in order to protect myself and the patients I serve.

I acknowledge that I am aware of the following facts:

- Influenza is a serious respiratory disease that kills an average of 36,000 persons and hospitalizes more than 200,000 persons in the United States each year.
- Influenza vaccination is recommended for me and all other healthcare workers to ~~prevent~~ protect our patients from influenza disease, ~~and~~ and its complications, ~~including~~ including death.
- If I contract influenza, I will shed the virus for 24–48 hours before influenza symptoms appear. My shedding the virus can spread influenza ~~infection~~ disease to patients in this facility.
- If I become infected with influenza, even when my symptoms are mild, I can spread severe illness to others. or non-existent
- I understand that the strains of virus that cause influenza infection change almost every year, which is why a different influenza vaccine is recommended each year.
- I cannot get the influenza disease from the influenza vaccine.
- I understand that The consequences of my refusing to be vaccinated could ~~endanger~~ have life-threatening consequences to my health and the health of those with whom I have contact, including
 - patients in this healthcare setting
 - my and other patients
 - my coworkers
 - my family
 - my community

Despite these facts, I am choosing to decline influenza vaccination right now, for the following reasons:

I understand that I may change my mind at any time and accept influenza vaccination, if vaccine is available.

I have read and fully understand the information on this declination form.

Signature: _____ Date: _____

Name (print): _____

Department: _____

Reference: CDC. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines—
Recommendations of ACIP at www.cdc.gov/flu/professionals/acip/index.htm