


LOGO/NOMBRE GERENCIA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN GRIPE	 Gerencia Regional de Salud
----------------------	--	---

Servicio de Prevención del Área de Salud de
---

VACUNA A ADMINISTRAR
----------------------

<input checked="" type="checkbox"/> GRIPE Marca: VAXIGRIP®	LOTE:	FECHA:	/	/
--	-------	--------	---	---

Por favor, cumplimenta todos los datos. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR
----------------------

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	DNI/NIF:	
Hospital/Centro de trabajo:			
Servicio/Unidad:		Categoría:	
Patología crónica: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (especificar):			
Embarazo: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Lactancia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
¿Te vacunaste de la gripe el año pasado 2024? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		¿Tuviste algún efecto secundario?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
¿Pasaste la gripe el año pasado? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			
Las personas que contraen la gripe a menudo presentan algunos o todos de estos síntomas: fiebre, dolores musculares, dolor de garganta, mucosidad nasal, tos seca, cansancio, cefalea, malestar general			

La vacuna antigripal VAXIGRIP virus fraccionados inactivados por lo que **no puede causar gripe**

**Alergia a: ovoalbúmina, proteínas del pollo, neomicina, octoxinol-9 y/o formaldehído**  
si ☐ no ☐

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA ANTIGRIPAL
--

<p><b>El personal de centros sanitarios está incluido dentro de los grupos en los que la vacunación antigripal está indicada.</b> La pauta de vacunación consiste en la administración de 1 dosis de vacuna de 0,5 ml, por vía intramuscular ó subcutánea profunda.</p> <p>La vacuna se considera segura en cualquier momento del embarazo y en la lactancia.</p> <p><b>Precauciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Disponer del tratamiento médico y la supervisión apropiada en el caso de que ocurra un episodio anafiláctico.</li><li>- <b>No administrar por vía intravenosa.</b></li><li>- La vacuna se debe administrar con precaución a sujetos con trombocitopenia o trastornos sanguíneos ya que se pueden producir hemorragias después de la administración intramuscular en estos sujetos.</li></ul> <p>En caso de duda sobre el historial personal de alergias realizar valoración médica para evaluar riesgo/beneficio de la vacunación.</p> <p><b>Contraindicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reacción anafiláctica a una dosis previa de vacuna antigripal</li><li>- Antecedente de reacción alérgica severa a los principios activos, excipientes o residuos de la vacuna.</li><li>- La vacuna puede contener residuos de: <b>Ovoalbúmina, proteínas del pollo, neomicina, formaldehído y octoxinol-9.</b></li><li>- Posponer la vacunación en caso de enfermedad aguda con fiebre hasta que desaparezca la fiebre.</li></ul>	<p><b>Efectos secundarios más frecuentes:</b> dolor en el lugar de la inyección, cefalea, mialgia, malestar, escalofríos, fiebre.</p> <p><b>Efectos secundarios raros y poco frecuentes:</b> Hipersensibilidad, reacciones alérgicas (eritema, urticaria, prurito, dermatitis alérgica, angioedema) somnolencia, parestesias, disnea, sudoración, artralgias, astenia, enfermedad tipo gripal, malestar en lugar inyección, linfadenopatía, mareo, sofocos, diarrea, náusea, eritema hinchazón o induración en el lugar de la inyección, fatiga, equimosis prurito o calor en el lugar de la inyección.</p> <p><i>Si observas cualquier otra reacción no descrita en este proceso, rogamos nos lo comuniqués.</i> <b>SI NO NS</b></p> <table><tr><td>¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Tiene usted fiebre actualmente?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Es usted alérgico a algún medicamento?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?				¿Tiene usted fiebre actualmente?				¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?				¿Es usted alérgico a algún medicamento?				¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?				¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?																									
¿Tiene usted fiebre actualmente?																									
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?																									
¿Es usted alérgico a algún medicamento?																									
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?																									
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?																									

Información sobre Protección de Datos	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional
<b>Finalidad</b>	Gestión de la historia clínico-laboral (campañas de vacunación de los Servicios de Prevención de las Áreas de Salud)
<b>Legitimación</b>	Consentimiento del titular (artículos 6.1.a) y 9.2.a) RGPD) Medicina preventiva y laboral (artículo 9.2.h) RGPD)
<b>Plazo de conservación</b>	Los datos recogidos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación: Orden CYT/27/2012, de 10 de enero.
<b>Destinatarios</b>	Servicios de Prevención de las Áreas de Salud, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, y organismos oficiales de estadística. No están previstas transferencias internacionales de los datos
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos cuando éstos no sean necesarios para las finalidades descritas, así como a limitar, oponerse al tratamiento y a solicitar la portabilidad de sus datos en los términos de los artículos 17, 18 y 20 del RGPD. La solicitud de ejercicio de estos derechos podrá presentarse ante el responsable del tratamiento, ante el Delegado de Protección de Datos o mediante reclamación presentada ante la Agencia Española de Protección de Datos
<b>Direcciones de contacto</b>	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional: <a href="mailto:ssl@saludcastillayleon.es">ssl@saludcastillayleon.es</a> Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpd@saludcastillayleon.es">dpd@saludcastillayleon.es</a> Agencia Española de Protección de Datos: C/ Jorge Juan 6, 28001 Madrid, o a través de su Web: <a href="http://www.agpd.es">www.agpd.es</a>

Firma del sanitario que informa:

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025  
INFORMADO Y CONFORME  
Firma del Trabajador

**He decidido NO AUTORIZAR que se me administre la vacuna propuesta**
**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos

**Los motivos por los que no se vacuna son:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La gripe no supone en problema de salud para mí                          | <input type="checkbox"/> La vacuna es poco efectiva           |
| <input type="checkbox"/> Mi vacunación no sirve para evitar un problema de salud a otras personas | <input type="checkbox"/> Falta de información sobre la vacuna |
| <input type="checkbox"/> Miedo a los efectos secundarios  | <input type="checkbox"/> Otras (especificar)                  |
| <input type="checkbox"/> Miedo al pinchazo  |   |

**He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**
**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos