



## Formulario de Consentimiento para Vacunas Antigripales (6 meses en adelante)

1. Información sobre la persona que recibe la vacuna. Por favor escriba claro.				
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección				
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono	
Por favor marque la respuesta sobre la persona que va a ser vacunada:				
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alsk <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negra/Afro Americano		<input type="checkbox"/> Nativo HI/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro		<b>Género :</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Otro				

2. Información del Seguro (Por favor llene completamente o adjunte una copia de la tarjeta del Seguro).		
Nombre del seguro primario	# de identificación del asegurado/Miembro	# de identificación del grupo (Si disponible)
Relación con el Suscriptor /Asegurado: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente		
Apellido del Suscriptor/Asegurado	Nombre del Suscriptor/Asegurado	Fecha de Nacimiento del Suscriptor/Asegurado
		<b>Género del Suscriptor/Asegurado</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Por favor marque aquí si no tiene seguro <input type="checkbox"/>		

3. Autorización y Consentimiento.			
Consentimiento para el uso de la información de Salud Protegida y Asignación de reclamaciones: Por este medio doy consentimiento y acuso recibo de un Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información personal de salud con el propósito de operaciones de cuidado de la salud, junto con la asignación de todos los pagos desde el seguro provisto a VaxCare asociado con los servicios contemplados en este documento si el cliente está asegurado. Autorización de la Vacuna: Mi firma en este formulario indica que he solicitado que una vacuna contra la gripe sea administrada a mí por el Departamento de Salud del Condado de Chester. Yo exoneró a VaxCare, el socio de VaxCare, la enfermera que administra la vacuna y el personal de cualquier responsabilidad por cualquier reacción que pueda ocurrir. Yo incondicionalmente e irrevocablemente renuncio a cualquier derecho a un juicio por un jurado, en la medida máxima permitida por la ley, para cualquier reclamación o acción que surja o esté relacionada con este servicio, y que cualquier reclamación o acción se determinarán únicamente sobre una base individual mediante arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendrá derecho a unirse o acumular los reclamos de arbitraje por o contra otras personas o entidades, o arbitrar cualquier reclamación como un miembro representativo de una clase o en la capacidad de un abogado privado. En el caso de una exposición ocupacional, VaxCare tiene el permiso del paciente para hacer las pruebas de sangre para la seguridad del paciente y los empleados por igual. He leído o se me ha explicado la información de la Declaración de Información sobre la Vacuna entiendo los riesgos (incluyendo reacciones adversas) y los beneficios de la vacuna. Entiendo que seré responsable por el pago de la vacuna contra la gripe, si no tengo seguro. Además, entiendo que si tengo que pagar por la vacuna, todos los fondos deben ser cancelados en el momento del servicio y no ser remitidos a VaxCare. Si su consentimiento es para otros: Tengo la autoridad legal, basado en mi relación con el individuo indicado anteriormente, para dar su consentimiento a la administración de esta vacuna(s).			
Firma del paciente, o Padre/Madre/ Tutor Legal		Fecha	

4. Por favor complete las preguntas médicas en el reverso del formulario		
..... For Office Use Only .....		
Vaccination Details (Adhere label or print clearly.)		
<input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> GSK	<input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Otro	<b>Lot#:</b> <b>Exp. Date:</b>
		<b>Site:</b> <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RT <b>Route:</b> <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal
Administrator Signature:	Date:	Nurse/Administrator: I hereby attest by my signature that the patient (or guardian of patient) in question has been provided access to and explained the Vaccine Information Statement and appropriate immunization schedules, and has given verbal and written consent for vaccination.

Por favor, responda las siguientes preguntas con un círculo sí o no

1.	¿Esta la persona que va a ser vacunada enferma hoy?	Sí	No
2.	¿La persona que va a ser vacunada tiene alergia al mercurio, al timerosal o a los huevos de gallina?	Sí	No
3.	¿Ha tenido alguna vez la persona que va a ser vacunada una reacción grave a una vacuna antigripal en el pasado?	Sí	No
4.	¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré?	Sí	No

**\* SOLO PARA PACIENTES QUE RECIBEN VACUNA FLUMIST (NASAL) \***

Por favor complete las preguntas adicionales.

5.	¿La persona que va a ser vacunada es menor de 2 años o mayor de 49 años?	Sí	No
6.	¿La persona que va a ser vacunada ha tenido un diagnóstico de asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias, o ha tenido sibilancias en los últimos 12 meses, o ha utilizado medicamentos (como inhaladores) para prevenir o tratar sibilancias en los últimos 12 meses?	Sí	No
7.	¿La persona que va a ser vacunada tiene un sistema inmunológico debilitado por alguna causa? <b>En caso afirmativo, describa :</b>	Sí	No
8.	¿Alguna vez la persona que va a ser vacunada ha tenido un problema de salud con el corazón, los pulmones, el riñón, el hígado, metabólico (por ejemplo, diabetes), enfermedades de la sangre o neurológicas, (por ejemplo, trastorno convulsivo) o actualmente está recibiendo terapia con aspirina? <b>En caso afirmativo, describa:</b>	Sí	No
9.	¿Ha recibido la persona que va a ser vacunada, alguna vacuna en las últimas 4 semanas? <b>Si la respuesta es Sí, favor listar las vacunas y la fecha:</b>	Sí	No
10.	¿La persona que va a ser vacunada tiene contacto cercano con alguien que tiene un sistema inmunológico gravemente debilitado? <b>En caso afirmativo, describa :</b>	Sí	No
11.	¿La persona que va a ser vacunada ha recibido medicamentos antivirales antigripales en las últimas 48 horas?	Sí	No
12.	¿La persona que va a ser vacunada está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	Sí	No