

Community Vaccine
Form – Tdap &
Menigicocal

TDAP AND/OR MENINGOCOCCAL ACWY
VACCINE CONSENT FORM
MARTINSVILLE HENRY COUNTY COALITION FOR HEALTH AND WELLNESS

Circle One:
Private
or
VVFC

Información sobre la persona que recibirá la vacuna (por favor imprima)

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: (mes) ____ / (día) ____ / (año) ____

Edad (Age): _____ Genero (Gender): Masculino Hembra

Raza: Asiático Afro-americano Indio Isleño del Pacífico Blanco Otro **Origen étnico:** Hispáno No hispano

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ ¿Tienen seguro? No Sí

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debe recibir una vacuna / inyección de inmunización.

Responder "sí" a cualquier pregunta no le impide vacunarse. Significa que se harán preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, pídale a un proveedor de atención médica que se lo explique.

¿La persona que debe vacunarse ha tenido alguna vez una reacción alérgica después de una dosis previa de cualquier vacuna? recibido en el pasado? No Sí

En caso afirmativo, enumere qué vacuna o vacunas? _____

¿La persona que va a vacunarse tiene alergia a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? No Sí

Enumerar todas las alergias: _____

¿La persona que va a vacunarse está enferma hoy?..... No Sí

¿La persona debe vacunarse al menos a los 7 años de edad o más?..... No Sí

¿La persona que debe vacunarse tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?..... No Sí

¿La persona que debe vacunarse ha recibido una MMR (sarampión, paperas, rubéola) o

¿Vacuna contra la varicela, en los últimos 14 días?..... No Sí

¿La persona que va a vacunarse tiene antecedentes de coma, disminución del nivel de conciencia, o prolongar las convulsiones dentro de los 7 días después de una dosis previa de cualquier vacuna contra la tos ferina?..... No Sí

¿La persona que debe vacunarse alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?..... No Sí

He leído, o me han explicado, la Hoja VIS (hoja/hojas de información sobre vacunas). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna / vacunas y pido que la vacuna me sea administrada a mí o a la persona mencionada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud (padre o tutor).

ME HAN ACONSEJADO QUE ESPERE DE 15 A 30 MINUTOS DE OBSERVACIÓN DESPUÉS DE RECIBIR MI VACUNA ANTES DE IRME.

Escriba NOMBRE DEL PADRE/TUTOR, si es diferente del cliente: _____

Firma del cliente/PADRE/TUTOR: _____ Date: _____

*******SOLO PARA USO CLÍNICO*******

Clinic site: _____

VIS Sheet/Sheets provided: Yes No

Date administered: _____

Manufacturer/Lot#: GSK/Boostrix (Tdap) / Site of IM injection: RDT or LDT Dose: 0.5ml

Manufacturer/Lot#: GSK/Menveo (Meningitis)/ Site of IM injection: RDT or LDT Dose: 0.5ml

TDAP AND/OR MENINGOCOCCAL ACWY

VACCINE CONSENT FORM

MARTINSVILLE HENRY COUNTY COALITION FOR HEALTH AND WELLNESS

Signature and title of vaccine administrator: _____