



Consentimiento General de Vacunas

oklahomacaringfoundation.org



Apellido:	Nombre:		Fecha de nacimiento: (mes-día-año)	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Edad:	Sexo:	Idioma:	
Elegibilidad de VFC: El niño debe ser menor de 19 años de edad y al menos uno de los siguientes criterios debe cumplirse para calificar para recibir las vacunas sin cargo: ☐ Mi hijo tiene SoonerCare/Medicaid ☐ Mi hijo es indio americano o nativo de Alaska ☐ Mi hijo no tiene seguro			Etnicidad: ☐ Hispano o Latino ☐ No hispano ni latino	
			Raza: ☐ América india/Alaska Nativo ☐ Nativo hawaiano/Pacífico ☐ Asiático ☐ Isleño ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Otro	
Fecha:	Nombre del centro de cuidado infantil, escuela o evento:			

Por favor, marque una de las siguientes casillas:

☐ Las vacunas de mi hijo se pueden hacer **SIN** mi presencia

☐ Las vacunas de mi hijo solo se pueden hacer **CON** mi presencia

Por favor, marque una de las siguientes casillas:

☐ Por favor revise el registro de mi hijo y dé cualquier inmunizaciones necesarias

☐ Seleccione las vacunas que le gustaría niño a recibir a continuación:

Por favor, escriba o marque con un círculo: _____

DTaP	Hep B	IPV	Hep A	HIB	PCV	Rota	MMR	Varicela	VPH	Tdap	MCV	Men B
------	-------	-----	-------	-----	-----	------	-----	----------	-----	------	-----	-------

Soy el padre/tutor/parte autorizada del paciente. Doy permiso a Variety Care y a la Oklahoma Caring Foundation para darle la (s) vacuna (s) a mi hijo. Según mi conocimiento, la información anterior y las preguntas de evaluación son correctas. He tenido la oportunidad de revisar el VIS (Declaración de Información sobre Vacunas). Doy mi consentimiento pleno e informado para la (s) vacuna (s). Autorizo la divulgación de información de inmunización a las instalaciones de cuidado infantil, escuela, funcionarios de salud pública y profesionales de la salud antes mencionados. Este consentimiento permanecerá vigente durante 90 días a partir de la fecha de firma.

VIS →



Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Relación con el niño(a): _____



Preguntas de Evaluación para la Persona que Recibe Vacunas:

	SI	NO	No sé
1. ¿Está enfermo(a) hoy?			
2. ¿Tiene alergia a los huevos, medicamentos, algún componente de la vacuna o al látex?			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?			
4. ¿Tiene antecedentes de un trastorno sanguíneo con plaquetas bajas? ¿Está tomando aspirina?			
5. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño ha tenido invaginación intestinal?			
6. ¿Usted (o el niño, un hermano o un padre) ha tenido alguna vez una convulsión u otro problema cerebral o del sistema nervioso (incluido el síndrome de Guillain-Barré)?			
7. ¿Usted (o el niño o algún miembro de su familia) tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otro problema del sistema inmunológico?			
8. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?			
9. En el último año, ¿ha recibido inmunoglobulina (gamma), sangre o productos sanguíneos, o un medicamento antiviral?			
10. ¿La persona que recibe la vacuna está embarazada o planea quedar embarazada?			
11. ¿Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?			
Si respondió "sí" a alguna de las preguntas anteriores, explique:			

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

VARIETY CARE STAFF COMPLETION ONLY:

Vaccine name:	Lot number:	Site:
Vaccine name:	Lot number:	Site:
Vaccine name:	Lot number:	Site:
Vaccine name:	Lot number:	Site:
X _____ Signature of Person Administering Vaccine		Date: