

Formulario de Consentimiento Para la Vacuna Contra la Influenza

La Información recolectada en este formulario será usada para documentar la autorización para el recibo de la(s) vacuna(s)

Fecha de Hoy (mes/día/año)		Número de Seguro Social del Paciente:	
Nombre Del Paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)			
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Etnicidad (Marque Uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
Raza (Marque todo que aplica) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Afroamericano		<input type="checkbox"/> Indígena de los EE.UU. O Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai O de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Desconocido	
Estatus de Elegibilidad		<input type="checkbox"/> Indígena de los EE.UU. / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Asegurado <input type="checkbox"/> Seguro Insuficiente <input type="checkbox"/> Health choice de NC <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Medicare Otro Seguro: _____ Número del Suscriptor: _____	
Nombre del Padre o Tutor Legal Responsable por el Paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre) <i>Solamente si es menor de edad</i>			Relación al Paciente
Dirección de Correo			Caja Postal
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Número de Teléfono del Hogar		Número de Teléfono del Trabajo	

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si usted/su niño(a) puede recibir la Vacuna contra la Influenza. Por favor marque SÍ o NO para cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Tiene usted/su niño(a) una alergia seria al huevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted/su niño(a) alguna otra alergia seria? Por favor haga una lista _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido usted/su niño(a) una reacción seria a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido usted/su niño(a) el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad severa temporal del músculo) dentro de 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se me ha sido autorizado por el padre, tutor legal o persona que está en lugar de los padres de el/la niño(a) nombrado(a) arriba a obtener las vacunas necesarias para el/la niño(a).

Yo/El/La designado(a) por los padres, he recibido el formulario de información sobre la vacuna (VIS) sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s). He tenido la oportunidad de repasar el/los VIS(s) y de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicada(s) abajo se me sea(n) administrada(s) a mi o a la persona por quien estoy autorizado(a) a hacer esta solicitud.

Se me ha proporcionado acceso al Aviso de Derecho de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito de RPM. Estoy de acuerdo con que Medicare, Medicaid y/u otro Seguro, si es aplicable, sea cobrado y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación al seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Distrito de RPM.

FIRMA – La persona que va a recibir la vacuna o persona autorizada a firmar en nombre del paciente. X	Fecha:
--	--------

FOR OFFICE USE / PARA USO DE LA OFICINA

Vaccine	Lot #	VIS Pub. Date	Nurse Signature	Body Route	Body Site
Flulaval		07/26/2011		IM	RV LV RD LD
Fluarix		07/26/2011		IM	RV LV RD LD
Fluvirin		07/26/2011		IM	RV LV RD LD
Fluzone		07/26/2011		IM	RV LV RD LD
Fluzone – Pres free 6-35 months		07/26/2011		IM	RV LV RD LD
Fluzone – Pres free 36 months and up		07/26/2011		IM	RV LV RD LD
Flu Mist		07/26/2011		Intra	RV LV RD LD

NCIR Data Entry by _____ Date _____ R P M
Name

Insurance Billed by _____
Initial