

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INMUNIZACIÓN

Nombre
 Inicial
 Apellido

Teléfono celular
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
 Edad
 M
 F
 Sexo

Dirección de domicilio
 Ciudad
 Estado
 Código postal

Dirección de correo electrónico
 Número de seguro social - o - estado y número de licencia de conducir

Indígena americano o nativo de Alaska;
 Nativo de Hawái o islas del Pacífico;
 Asiático;
 Negro/afroamericano;
 Blanco;
 Hispano/latino;
 Otro

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para ser vacunado hoy.		Sí	No	¿?
	1. ¿Hoy tiene fiebre o siente malestar?			
	2. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en los últimos 14 días: fiebre, tos inusual, falta de aire inusual?			
	3. ¿Le han diagnosticado a usted o a un contacto de su hogar COVID-19 en los últimos 14 días?			
	4. ¿Tiene alergia a los medicamentos, a los alimentos (ej.: huevos), al látex o a algún componente de las vacunas (ej. proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol o timerosal)? Si responde sí, por favor enumere las alergias			
	5. ¿Le han diagnosticado una inflamación del corazón (miocarditis o pericarditis) en el pasado?			
	6. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna en el pasado?			
	7. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo para el que esté tomando medicamentos anticonvulsivos, un trastorno cerebral, el síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad que provoca parálisis) u otro problema del sistema nervioso?			
	8. ¿Tiene usted 65 años o más?			
	9. ¿Tiene una enfermedad crónica o un problema de salud de larga duración? Si responde Sí, marque todo lo que corresponda. Anemia Asma Diabetes Enfermedad del corazón Enfermedad del riñón Enfermedad del pulmón Obesidad Fumador			
	10. Si ha respondido Sí a la pregunta 9 o 10, ¿se ha vacunado alguna vez contra la neumonía?			
	11. ¿Se ha vacunado alguna vez contra el herpes zóster (solo para pacientes de 50 años o más)?			
	12. Para mujeres: ¿está embarazada o piensa quedar embarazada en el próximo mes?			
VACUNAS VIVAS	13. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten a su sistema inmune, como prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn, la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?			
	14. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA o cualquier otro trastorno del sistema inmune o está en contacto con alguien que tenga el sistema inmune gravemente debilitado?			
	15. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han administrado inmunoglobulina (gamma) en el último año?			
	16. ¿Está recibiendo un tratamiento con aspirina o que contenga aspirina? (Solo para menores de 18 años)			
	17. Si el paciente que recibe la vacuna es menor de 5 años, ¿hay antecedentes de asma o sibilancias? (solo para FluMist®)			
	18. ¿Tiene el paciente una afección nasal lo suficientemente grave como para dificultar la respiración, como una nariz muy congestionada? (solo para FluMist®)			

Certifico que soy el paciente y que tengo al menos 18 años de edad; el tutor legal del paciente; o una persona autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente cuando éste no sea competente o no pueda dar su consentimiento por sí mismo. He recibido un Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA. He leído, o me han leído, la Declaración de información sobre vacunas (VIS) o EUA sobre lo arriba mencionado. He podido hacer preguntas sobre la(s) vacuna(s), y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s). Doy mi consentimiento a la administración de la(s) vacuna(s) solicitada(s). Autorizo a que la información sea enviada a mi médico, al médico autorizante, al Sistema de Información de Inmunización del Estado o al Departamento de Salud local, si corresponde. **Estoy de acuerdo en permanecer en el área general de 15 a 30 minutos** después de recibir la vacuna en caso de que se produzca alguna reacción inmediata. Si experimento algún efecto secundario, soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico a mi cargo. En mi nombre, en el de mis herederos y en el de mis representantes personales, eximo a la farmacia que administra la(s) vacuna(s); a las empresas subsidiarias y afiliadas de la farmacia; a los respectivos directores, funcionarios, empleados y agentes de la farmacia y de sus empresas subsidiarias y afiliadas; y al propietario y/u operador de la clínica y a sus directores, funcionarios, empleados y agentes de toda responsabilidad que pueda surgir de esta vacunación.

Firma del paciente:
 Fecha:

Padre o tutor, si es menor de edad

Vacunas suministradas hoy:
 Gripe cuadrivalente
 Gripe adyuvada (mayores de 65)
 Gripe (mayores de 65)
 Gripe recombinante (FluBlok)
 Vacuna contra COVID-19
 Gripe a base de células (Flucelvax)
 LAIV (FluMist)
 Hepatitis A
 Hepatitis B
 Hepatitis A/B (Twinrix)
 HPV-9
 Neumococo PSV23
 Neumococo PCV13
 ACWY para hombres
 B para hombres
 Herpes zóster
 Tdap
 Otros:

Dr. David G. Cope, NPI 1285698241.
 Dr. Frederic Civish, NPI 1124137278.

185 S 400 East - Bountiful, UT 84010 Tel.: 801-397-6200
 3534 W 6000 South - West Valley, UT 84128 Tel.:801-969-6264

Aplique la etiqueta de la vacuna aquí vacuna, lote, fecha exp., fabricante, dosis (ml)	Ruta Brazo derecho o izquierdo Sitio de administración	Aplique la etiqueta de la vacuna aquí vacuna, lote, fecha exp., fabricante, dosis (ml)	Ruta Brazo derecho o izquierdo Sitio de administración
Fecha de admin. Fecha VIS (en formulario)	Fecha de admin. Fecha VIS (en formulario)	Fecha de admin. Fecha VIS (en formulario)	Fecha de admin. Fecha VIS (en formulario)
Administrador*		Administrador*	