

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN v 7.30.26

Nombre		MI	Apellido	
Teléfono celular		☐ Marque para no recibir mensajes de texto.		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
		Edad		M F Sexo
Dirección del domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
Seguro para medicamentos recetados (aseguradora y n.º de identificación)				

	SÍ	NO	??
1. ¿Tiene fiebre (>100.4°) o una enfermedad moderada a grave hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Si es así, enumere _____			
3. ¿Alguna vez ha tenido una alergia inmediata (urticaria, sibilancias, anafilaxia) a alimentos, medicamentos o vacunas? Enumere _____			
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha tenido una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?			
5. ¿Tiene un trastorno convulsivo, trastorno cerebral, del sistema nervioso, o síndrome de Guillain-Barré (condición que causa parálisis)?			
6. ¿Alguna vez le han dicho que tuvo miocarditis o pericarditis dentro de las 3 semanas posteriores a recibir una vacuna contra COVID?			
7. Para mujeres: ¿Está embarazada o planea quedar embarazada durante el próximo mes? (NO se administran vacunas de virus vivos). ¿Semana de gestación? _____			
8. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunitario, como prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o medicamentos biológicos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radioterapia? (NO se administran vacunas vivas).			
9. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA u otro trastorno del sistema inmunológico? (NO vacunas vivas).			
10. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o inmunoglobulina (gamma) en el último año? (NO vacunas vivas).			
11. Si el paciente es menor de 5 años, ¿hay antecedentes de asma o sibilancias? (solo para FluMist®)			

Necesidades de inmunización: Marque todo lo que corresponda (La elegibilidad puede depender de su historial de vacunación o de sus factores de riesgo.)

Según las afecciones de salud indicadas a continuación, puede ser elegible para recibir las siguientes vacunas (para personas de 18 años o más):

☐ Diabetes	Flu	COVID	Pneumonia	Shingles	Hepatitis B	Tdap	RSV
☐ Enfermedad cardíaca							
☐ Asma/enfermedad pulmonar							
☐ Inmunocomprometido							
☐ Enfermedad hepática o renal (diálisis)							
☐ Fumador de tabaco							

Según su edad, puede ser elegible para recibir:

☐ 50 años o más	Flu	COVID (65+ every 6 months)	Tdap	Pneumonia	Shingles	RSV (75+ or based on risk)
☐ 18–49 años				HPV (max age 45)	Hepatitis B	Meningococcal B (age 16-23)
☐ 11-17 años				HPV	Meningococcal ACWY (age 11-16); B (age 16-23)	

Certifico que soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; el tutor legal del paciente; o una persona autorizada para otorgar consentimiento en nombre del paciente cuando este no tenga capacidad legal o no pueda otorgar su propio consentimiento. He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA). Se me ha proporcionado la Declaración de Información sobre la Vacuna (VIS) específica de la vacuna o la información correspondiente bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la(s) vacuna(s), y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s). Entiendo que algunas vacunas pueden no estar incluidas en el Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas (National Vaccine Injury Program). Doy mi consentimiento para la administración de la(s) vacuna(s) solicitada(s). Autorizo que esta información sea enviada a mi médico, al médico autorizante, al Sistema Estatal de Información sobre Inmunizaciones o al departamento local de salud, según corresponda. **Acepto permanecer en el área durante 15 a 30 minutos** después de recibir mi vacunación en caso de que ocurra alguna reacción inmediata. Si experimento algún evento adverso, doy mi consentimiento para la administración de las medidas de emergencia que se consideren necesarias, incluyendo la administración de epinefrina. En nombre propio, de mis herederos y de mis representantes personales, por la presente libero de toda responsabilidad a la farmacia que administra la(s) vacuna(s); a las subsidiarias y afiliadas de la farmacia; a los respectivos directores, funcionarios, empleados y agentes de la farmacia y de sus subsidiarias y afiliadas; y al propietario y/o operador del lugar donde se lleva a cabo la clínica, así como a sus directores, funcionarios, empleados y agentes, por cualquier responsabilidad que pudiera surgir como resultado de esta vacunación.

Firma del paciente:

Fecha:

(Padre o tutor, si es menor)

Vaccines Provided Today:
☐ Influenza Trivalent
 ☐ Influenza Adjuvanted (65+)
 ☐ Influenza (65+)
 ☐ Influenza Recombinant (FluBlok)
 ☐ COVID-19 Vaccine
 ☐ Influenza Cell-Based (Flucelvax)
 ☐ LAIV (FluMist)
 ☐ Hepatitis A
 ☐ Hepatitis B
 ☐ Hepatitis A/B (Twinrix)
 ☐ HPV-9
 ☐ RSV
 ☐ Pneumococcal PCV20
 ☐ Men ACWY
 ☐ Men B
 ☐ Shingles
 ☐ Tdap
 ☐ Other: _____

David G. Cope M.D. - CPA NPI 1285698241 185 S 400 East - Bountiful, UT 84010 PH:801-397-6200

Apply vaccine label here vaccine, lot, exp date, manufacturer, dose (ml)	Route Admin. Date Administrator*	Right or Left Arm Admin. Site VIS Date (on form)
Apply vaccine label here vaccine, lot, exp date, manufacturer, dose (ml)	Route Admin. Date Administrator*	Right or Left Arm Admin. Site VIS Date (on form)

By signing as administrator, you are confirming that contraindications and side effects have been reviewed and a current VIS was provided to the patient receiving the vaccine