

Williams County Health Department

Immunization Consent Form

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: M o F
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	
Teléfono:	Nombre de su Médico:		

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

La persona que se va a vacunar:	Sí	No	No lo sé
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como la diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

He recibido una copia y he leído o me han leído y explicado la información contenida en la Declaración de Información sobre la Vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que se me entregue la vacuna o la persona mencionada arriba por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Al firmar este consentimiento, autorizo el uso y / o la divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Tengo el derecho de no firmar este consentimiento; Sin embargo, si me niego a este consentimiento, el departamento de salud tiene el derecho de rechazar el tratamiento para mí. Mis derechos incluyen (1) recibir una copia en papel de la Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar el consentimiento, (2) solicitar restricciones sobre los usos y revelaciones de la información de salud, (3) el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento excepto para En la medida en que el departamento de salud ya haya tomado ciertas medidas basadas en el consentimiento previo a su revocación, (4) el derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de su firma. También solicito el pago de beneficios gubernamentales y / o seguro de salud al Departamento de Salud del Condado de Williams. Este consentimiento es efectivo a menos y hasta que lo revoca por escrito.

X

Firma del paciente or padre

Fecha

Williams County Health Department

Immunization Consent Form

Patient Name _____ DOB _____ Age _____ VFC PRIVATE UNINSURED

Vaccine	Dose #	Date Given	MFG/Lot #	Injection Site	Stated Side Effects. Given VIS	Administered by
Pediarix					multivaccine 11/5/15	
DTaP					5/17/2007	
Kinrix					5/17/2007 IPV 7/20/2016	
Tdap					2/24/2015	

Hib					4/2/2015	
IPV					7/20/2016	
RV4 Rota					2/23/2018	

PCV 13					11/5/2015	
PPSV23					4/24/2015	

HepB ped					7/20/2016	
HepB adult					7/20/2016	
HepA ped					7/20/2016	
HepA adult					7/20/2016	
Twinrix					7/20/2016	

MMR					2/12/2018	
Varicella					2/12/2018	
MMRV					2/12/2018	

9vHPV					12/2/2016	
MCV4					3/31/2016	
MenB					8/9/2016	

Zoster					2/12/2018	
--------	--	--	--	--	-----------	--

Recall: _____