

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS
TEMPORADA DE INFLUENZA -- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN

Solo para uso del ADH Código de Clínica ADH: _____ Escuela LEA #: _____ Fecha de Servicio: _____
Nombre de la Escuela: _____ Grado Escolar: _____

Persona que Recibe la Vacuna:
Primer Nombre (Legal): _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____
Fecha de Nac: / / Edad: ____ (Sólo para empleados de ADH que se vacunan) AASIS#: _____

1. ANTECEDENTES MEDICOS: Complete las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna.

<i>* Si responde "Sí", e información adicional es necesaria, notifique a la CDNS Regional</i>	*SI	NO	
¿Ha tenido fiebre hoy? (Si tiene fiebre en el día de asistir a la clínica de vacunación, puede no recibir la aplicación de la vacuna contra influenza.)			Si alguna respuesta es "SI," es posible que usted no pueda recibir la vacuna contra Influenza.
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo temporal de debilidad muscular severa) en las 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?			
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a dosis previas de la vacuna contra influenza, tal como dificultad para respirar, hinchazón de los ojos o labios, silbidos respiratorios o nausea o vomito inmediato? ¿Tiene alergia severa a algún componente de la vacuna contra la influenza, o a algún alimento o medicamento? (ejemplo: gelatina, gentamicina, o neomicina)			
¿Ha sentido alguna vez mareo o desmayo antes durante, o después de una inyección?			
¿Se siente nervioso acerca de la aplicación de la vacuna de hoy?			
NOTA: Los niños de 6 meses a 8 años pueden requerir una segunda dosis. Contacte a su proveedor médico o a su Unidad Local de Salud del Departamento de Salud de Arkansas en cuatro semanas para más información.			
Para uso de la clínica escolar: Maestro del alumno: _____			

2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:

- He leído o se me ha explicado las Declaraciones Informativas de la Vacuna contra la Influenza Inactivada y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer las Declaraciones Informativas más actualizadas sobre cada vacuna (VIS por sus siglas en inglés), visite el sitio web: www.cdc.gov
- Doy mi consentimiento al Departamento de Salud estatal/Local y a su personal para que la persona nombrada a continuación sea vacunada con la vacuna contra la influenza.
- Por la presente reconozco que he revisado una copia de la Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas (ADH).
- Entiendo que la información sobre esta vacunación contra la influenza será incluida en el Registro de Inmunizaciones del ADH.

Para mi Agencia de Seguro Médico (s):

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) de seguro médico.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Acepto que esta autorización cubra todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque la autorización.
- Estoy de acuerdo en que se use una fotocopia de este formulario en lugar del original.

La Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra en el sitio web www.healthy.arkansas.gov, desplegado y disponible en la clínica, o acompaña este formulario.

Favor de firmar en el recuadro.

Mi firma abajo indica que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la **Sección 2. Autorización y Consentimiento** del formulario de consentimiento para la inmunización contra Influenza Estacional y la **Declaración Informativa sobre la Vacuna (VIS por sus siglas en inglés).**

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha _____

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre (Legal): _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac: / / Género: Masc. Fem. Teléfono #: _____

Dirección: _____ P.O. Box _____ # de Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal

Raza: Asiático Negro/Afroamericano Nativo Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
 Blanco Otro

Etnicidad: Hispano/latino No Hispano/Latino

4. ESTATUS DEL SEGURO MÉDICO (Marque el recuadro que corresponda):

Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro: Si Mismo Cónyuge Hijo Otro

Número de Medicaid/ARKids:

Número de Medicare:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Membresía /# de Póliza:

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

Nombre (legal): _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac. del Titular: / / Email: _____

Nombre del empleador del Titular de la Póliza _____

Administración de Vacunas Contra Influenza (Para uso exclusivo del personal del ADH)

CÓDIGO DE VACUNA:

70: Trivalent (P-F) ≥ 6 meses

72: Trivalent (P-F) ≤ 65 años

Vacuna contra Influenza	Ruta	Código de lugar	Dosis mL	Código MFG	Número de Lote
	<input type="checkbox"/> IM				

Código del lugar: Deltoides Der = RD, Deltoides Izq. = LD, Pierna Derecha = RL, Pierna Izq = LL, Brazo Der. = RA, Brazo Izq. = LA

MFG Codes: SKB = GlaxoSmithKline, MC = Sanofi, MED = MedImmune, SEQ = Seqirus

Firma y Título del Administrador de la Vacuna: _____

Fecha de Administración de la Vacuna: _____ / _____ / _____