

# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE INMUNIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

## INFORMACIÓN DE PACIENTE *(Por favor en Clara Imprenta)*

<b>Apellido:</b>	<b>Primer Nombre:</b>	<b>MI:</b>	<b>D.O.B.:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Género:</b>
<b>Raza/ Etnicidad:</b>	<b>Indio Americano/Nativo de Alaska</b>	<b>Negro/Afroamericano</b>	<b>Hispano/Latino</b>		
	<b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b>	<b>Blanco</b>	<b>Asiático</b>		
Dirección de Hogar:			Teléfono de Contacto:		
Ciudad:	Estado:		Código Postal:		
Médico Principal:			Teléfono de Médico:		
Dirección de Médico:			# de Fax de Médico Fax:		
¿Cuál(es) vacuna(s) quisiera el paciente recibir hoy?					
<input type="checkbox"/> Influenza (Inyectable)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A & B	<input type="checkbox"/> Meningococo	<input type="checkbox"/> MMR		
<input type="checkbox"/> Influenza (Nasal)	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Varicela		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Zóster (Herpes)	<input type="checkbox"/> DTaP	<input type="checkbox"/> IPV		
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Neumococo	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Hib		
<input type="checkbox"/> Otra:					

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

*Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar tu elegibilidad para ser vacunado hoy.*

<b>TODAS LAS VACUNAS</b>	Sí	No	No lo Sé
¿Te sientes enfermo o experimentas una fiebre moderada a alta hoy?			
¿Tienes alguna alergia a medicamentos, comidas (ej., huevos), látex, componentes de vacunas (ej.: neomicina, formaldehído, gentamicina, timerosal, proteína bovina, fenoles, poliximina, gelatina, levadura de repostero o levadura ordinaria)? <i>Si es así, por favor nombrar:</i>			
¿Has tenido una reacción seria a cualquier vacuna, incluyendo desmayos y mareos?			
¿Has tenido alguna vez un problema de salud con tu pulmón, corazón, riñón o enfermedad metabólica (ej.: diabetes), asma o desorden sanguíneo? <i>Si es así, por favor nombrar:</i>			
¿Has tenido alguna vez un desorden de convulsiones por la cual el paciente esté bajo medicamento para convulsiones, un desorden cerebral, Síndrome de Guillain-Barré (una condición que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso?			
Para las Mujeres: ¿Estás embarazada o consideras embarazarte en el próximo mes?			

<b>VACUNAS VIVAS (VARICELA, SPRAY NASAL PARA GRIPE, MMR<sup>®</sup> II, TIFOIDEA ORAL, HERPES, FIEBRE AMARILLA)</b>	Sí	No	No lo Sé
¿Has recibido alguna vacuna o pruebas en la piel en las recientes cuatro semanas? <i>Si es así, por favor nombrar:</i>			
¿Tienes cáncer, leucemia VIH/SIDA, o cualquier otra condición que debilite el Sistema inmunológico?			
Durante el pasado año, ¿has recibido alguna transfusión de sangre o productos de sangre, o se te ha dado un medicamento llamado globulina inmune (gamma)?			
¿Tomas cortisona, prednisona, otros esteroides, fármacos anticancerosos, o has tenido alguno tratamiento con radiación?			

<b>SPRAY NASAL PARA GRIPE (FLUMIST<sup>®</sup> CUADRIVALENTE)</b>	Sí	No	No lo Sé
¿Estás recibiendo terapia de aspirina o terapia que contenga aspirina? (Solo para aquellos de 18 años o menos)			
¿Tienes una condición nasal lo suficientemente seria para dificultar la respiración, tal como una nariz muy congestionada? (Solo para FluMist <sup>®</sup> )			

<b>EL PACIENTE HA RECIBIDO LAS SIGUIENTES VACUNAS:</b>	Sí	No	No lo Sé
Vacuna de Neumococo			
Vacuna de Herpes			
Vacuna Tdap (Tos Ferina)			

Certifico que soy: (a) el paciente y tengo 18 años de edad o (b) el padre o guardián legal del paciente. Por ende, mediante la siguiente doy mi consentimiento al proveedor de cuidados de salud de " \_\_\_\_\_ ", para administrar las vacuna(s) que he solicitado anteriormente. Entiendo los riesgos y los beneficios asociados con las vacunas anteriores y he recibido, leído o se me ha explicado la Declaración de Información de las Vacunas de las vacunas que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron contestadas a mi entera satisfacción. De mi parte, mis herederos y mis representantes personales, mediante la presente libero de responsabilidad y de culpa al Proveedor aplicable, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, oficiales, directores, contratistas y empleados de cualquier reclamo bien sea conocida o desconocida que surja, por conexión con, o de alguna forma relacionada con la administración de la(s) vacuna(s) nombradas anteriormente. Reconozco que entiendo los propósitos/beneficios del registro de inmunización de mi estado ("Registro Estatal") y el Proveedor puede develar información de inmunización al Registro de Estado. Reconozco que, dependiendo de la ley de mi estado, yo puede prevenir un futuro develado de mi información de inmunización por parte del Proveedor aplicable al Registro Estatal al usar el formulario de autoexclusión. El Proveedor, si mi estado lo permite, proporcionarme un Formulario de Autoexclusión. Entiendo que, dependiendo de la ley de mi estado, puedo necesitar dar consentimiento específicamente y al extremo requerido por la ley de mi estado. Al firmar abajo, yo doy consentimiento al Proveedor que reporte mi información de inmunización al Registro Estatal. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o lo retiro, las leyes de mi estados pueden permitir que sea develada cierta parte de mi información de inmunización como es requerido o permitido por la ley. Yo voluntariamente autorizo y dirijo a mi proveedor de cuidados de salud en " \_\_\_\_\_ " a usar o develar mi información de salud durante el periodo de esta Autorización al médico responsable para este protocolo de información específica de salud de personas vacunadas en " \_\_\_\_\_ ", mi Médico Principal, mi seguro y registros estatales o federales, donde sea requerido, para el propósito de tratamiento pago, u otras operaciones de cuidado de salud. Acepto ser completamente responsable financieramente por cualquier cantidad compartida de costos, incluyendo pagos conjuntos, seguros conjuntos y deducibles, para los artículos requeridos y servicios al igual que cualquier artículo requerido y servicios no cubiertos por mis beneficios de seguro. Entiendo que cualquier pago por el cual soy responsable debe ser saldado al momento del servicio.

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
*(Por favor en Clara Imprenta)*

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
*(Padre o guardián, de ser menor)*

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE FARMACIA**

**VACUNA(S) DADA(S)**

Vacuna	NDC	Fabricante	Dosis	VIS	# de Lote	Fecha de Exp.	Lugar de Administración	Ruta de administración
<input type="checkbox"/> Influenza (Inyectable)							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> Influenza (Nasal)							<input type="checkbox"/> LN <input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> NASAL
<input type="checkbox"/> Hep. A							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> Hep. B							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> Hep. A & B							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> Zóster							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SQ
<input type="checkbox"/> Neumococo							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
<input type="checkbox"/> Meningococo							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
<input type="checkbox"/> Td							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> Tdap							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> MMR							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SQ
<input type="checkbox"/> DTaP							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> Varicela							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SQ
<input type="checkbox"/> IPV							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
<input type="checkbox"/> Hib							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> HPV							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
<input type="checkbox"/> Otra:							<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
							<input type="checkbox"/> LN <input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> NASAL

**FIRMA DE FARMACEUTA/INTERNISTA** \_\_\_\_\_

**FECHA DE ADMINISTRACIÓN:** \_\_\_\_\_

**FECHA VIS DADA AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_