



# Forma de Consentimiento de la Inmunización

Sólo para el uso personal

- VFC
- SF
- Private

Eligibility Code: \_\_\_\_\_

## Información Demográfica Del Paciente

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_

FDNac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mes día año

Identidad

Género: \_\_\_\_\_

Opcional

Sexo  
Asignado  
al Nacer  
 M  F

Apellido

Primer/Segundo Nombre

Nombre/Pronombres Preferidos: \_\_\_\_\_

Si es el caso

NSS \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apto#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera: \_\_\_\_\_

Si es el caso

Teléf: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿ Podemos enviarle por correo electrónico la información de facturación?  Si  No

Raza:  Blanco  Indio Americano  Asiático/Isleño del Pacífico  Hispano  Negro

Multirracial  Otro

Language:  Inglés  Español  El Otro Idioma:

Si - MSU Estudiante? - Por favor, incluya su dirección permanente a continuación

Dirección Permanente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Información de Padre/Guardián: (requerido para los pacientes menores de 18 años de edad)

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ FDNac de padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Ultimos Cuatro del Número de Seguro Social de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Información de Seguro

Seguro de Enfermedad  Nada/ Yo Pago  Empleador está pagando → Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_

Afiliado: \_\_\_\_\_ FDNac: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento y Consentimiento

Solo para Viajeros en el Extranjero

Entiendo que si estoy viajando por un período de tiempo extendido (más de 1 mes), debo designar a una parte responsable para pagar cualquier saldo pendiente de pago. Entiendo que sigo siendo plenamente responsable del pago de la factura, independientemente de esta designación. Mi persona de contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléf: \_\_\_\_\_

Todos los pacientes o los partes responsables por favor marquen cada casilla, y firme y feche la firma abajo.

- 1. He leído o que me había explicado la información contenida en las Declaraciones de Información Sobre Vacunas acerca de la enfermedad y la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción.
- 2. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y hacer un petición por la vacuna a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizado a hacer esta petición.
- 3. He recibido y examinado el Aviso de Prácticas de Privacidad, que proporciona una descripción del uso de información y divulgación
- 4. Doy mi consentimiento para el uso compartido de información demográfica y autorizo mis registros de inmunización que se registrará en el registro de inmunización de Montana para propósitos de salud y que puede liberarse a los proveedores de cuidado de la salud, proveedores de cuidado infantil y las escuelas a través del estado que puede proporcionar servicios de inmunización continua. Entiendo que puedo revocar esta autorización y que puedo tener mi registro eliminado en cualquier momento poniéndose en contacto con mi departamento local de salud.
- 5. Autorizo el pago de las prestaciones médicas a este departamento de salud por los servicios prestados. Entiendo que el paciente o parte responsable es responsable por cualquier saldo no pagado. Entiendo que cualquier saldo no pagado puede enviarse a una agencia de colecciones.
- 6. Entiendo que las órdenes permanentes bajo las cuales el GCCHD administra las vacunas recomiendan que todas las personas que reciben inyecciones o pruebas de tuberculosis permanecen en observación durante 15 minutos después de los procedimientos. Esta es una precaución de seguridad en caso de desmayos o reacciones alérgicas:

Iniciales

\_\_\_\_\_ Acepto esperar 15 minutos

\_\_\_\_\_ Me niego a esperar 15 minutos

Si no puede completar la firma electrónica certificada, puede firmar en la cita.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por Favor lea con cuidado y marque sí o no. La enfermera hablará de cualquiera sí respuestas con usted.**

**Es la persona que va a recibir las inmunizaciones:**

¿Enferma hoy, o ha tenido una enfermedad aguda con fiebre en las últimas veinticuatro horas?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Está tomando algún medicamento? Por favor, enumere: _____	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Tiene o ha tenido convulsiones, síndrome de Guillain-Barré, o ha tenido reacciones graves previas a la vacuna (Dtap,Tdap,Gripe)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Está tomando corticosteroides? (Vacunas vivas)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componentes de vacunas o látex? (Consulte Inserción de paquete)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Tiene cáncer, leucemia, problemas inmunológicos? (Vacunas vivas)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Otras enfermedades crónicas <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad metabólica <input type="checkbox"/> como la diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otros trastornos de la sangre (Vacunas vivas)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Ha recibido alguna vacuna contra el virus vivo en los últimos 30 días? (Vacunas vivas)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Recibió productos sanguíneos, transfusiones, plasma, trasplante de órganos o células madre o recibió un medicamento llamado inmunoglobulina durante el año pasado? (Vacunas vivas)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
Para las mujeres: ¿Es posible que esté embarazada o que quede embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
Para los bebés: ¿hay antecedentes de intususcepción? (Rotavirus)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si

**Sólo para el uso personal**

**Clinic Date:** \_\_\_\_\_ **Nurse Signature:** \_\_\_\_\_ **Recall Date:** \_\_\_\_\_

Vaccine	Lot Number	Dose	Site	Vaccine	Lot Number	Dose	Site
DTaP		1 2 3 4 5		Pediarix/ Dtap/Ipv/Hepb		1 2 3	
Flu Shot		1 2		Prevnar 20 PCV20		1	
Hep A		1 2		Pneumovax PPSV23		1 2	
Hep B		1 2 3		Prevnar-13 PCV13		1 2 3 4	
HIB		1 2 3 4		Rabies		1 2 3	
HPV age 9-26		1 2 3		Rotateq		1 2 3	
IPV		1 2 3 4 5		Shingrix/Shingles age 50+or 19-49 w/RX		1 2	
Jap. Enc.		1 2		TB			
Kinrix (Dtap/Ipv)		4 5		Td		1 2 3 4 5 6	
Meningococcal Meningitis B		1 2		TDaP			
Meningococcal Meningitis/Menveo		1 2		Twinrix HepA/B		1 2 3	
				Typhoid Oral			
MMR		1 2		Typhoid IM			
MMR/Proquad		1 2		Varicella Cpox		1 2	
Vaxelis Dtap/Ipv-Hib-HepB		1 2 3		Yellow Fever >9mos			

**Comments:**