



## Southwest District Health

### Cuestionario Y Consentimiento Para Vacunas

Nombre del Cliente (Imprima): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino/Femenino/Otro \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona Responsable (Imprima): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Raza (circule uno) Blanco Negro Indio Americano Asiático Isleño Pacifico Otro **Hispano/Latino: Si/No**

**Responda las siguientes preguntas únicamente si usted está cubierto por seguro medico:**

Nombre de Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado (persona que tiene la póliza) \_\_\_\_\_ Insured's ID# \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino Domicilio del Seguro \_\_\_\_\_

**Respuesta de la persona que recibe las vacunas.**

**Preguntas 1-12 para todas las vacunas excepto la gripe.**

**Preguntas 1-4 solo para la gripe.**

	Si	No	No Se
1. ¿Está enferma(o) hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alergias a medicinas, comida, a un componente de vacuna o al hule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido reacciones serias después de ser vacunado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene problemas de salud con el corazón, pulmón, riñón, hígado, enfermedad metabólica (como diabetes), asma o desorden en la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene cáncer, VIH/SIDA, o algún otro problema con el sistema inmunológico; en los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como cortisona, prednisona, otros esteroides, o ha recibido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido ataques epilépticos, o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibió una transfusión de sangre, plasma o globulina inmunológica o medicamentos antivirales en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está recibiendo terapia de aspirina, o diluyente de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está embarazada o espera quedar embarazada entre los próximo tres meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene contacto cercano con una persona que su sistema inmunológico está severamente comprometido y quien debe estar en aislamiento de protección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha recibió alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

He leído, y contestado las preguntas anteriores al de salud a lo mejor de mi conocimiento. Se me ha entregado una copia y he leído, o se me ha explicado la información contenida en el folleto de Información sobre Vacunas. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas recomendadas. Estoy pidiendo que las vacunas recomendadas se apliquen a mi / mi hijo/a o a la persona nombrada por la cual tengo derecho y estoy autorizado a hacer esta petición y consentimiento. Yo comprendo que si doy información incorrecta puede ser peligroso a mi / mi hijo/a salud. Es mi responsabilidad informar al proveedor de cualquier cambio en mi / mi hijo/a salud. Yo también autorizo al personal de la clínica de salud que lleve a cabo los servicios necesarios de cuidado de salud que yo/ mi hijo/a pueda necesitar. Mi / mi hijo/a registro de inmunización se anotará en el sistema de Recordatorio de Inmunización de Idaho (IRIS). Tengo el derecho de retirarme de IRIS en cualquier momento.

Me han dado la oportunidad de examinar la Revelación HIPAA y se me puede proporcionar una copia si la pido.

Se espera pago al momento del servicio. SWDH le mandará el cobro a su seguro, usted será responsable de cualquier saldo restante. Para los niños de 18 años o menos, usted será responsable de cualquier saldo restante que no exceda los \$60.00 por visita.

**Para su salud y seguridad, por favor permanezca en el área designada de espera 15 minutos después de su visita.**

Firma del Cliente/ Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

=====Para uso de Oficina Únicamente=====

**VIS Statement(s) Provided:**

Dtap ____	Flu ____	Hep A ____	Hep B ____	Hib ____	HPV ____
IPV ____	MCV4 ____	Men B ____	MMR ____	MMRV ____	PCV 13 ____
Rota ____	Tdap ____	Var ____	VZV/RZV ____	Other ____	

=====Nurse Use Only=====

Nurse counseled client / parent / guardian and answered questions regarding:

Dtap ____	Flu ____	Hep A ____	Hep B ____	Hib ____	HPV ____
IPV ____	MCV4 ____	Men B ____	MMR ____	MMRV ____	PCV 13 ____
Rota ____	Tdap ____	Var ____	VZV/RZV ____	Other ____	

Final Screener: \_\_\_\_\_ Vaccinator: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_