



Cuestionario y Consentimiento Para la Administración de Vacunas Rutinas

Nombre: _____	Numero de Cliente: # _____
Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____	Edad: _____ Masculino / Femenino
Persona Responsable: _____	Correo Elec: _____
Domicilio: _____	Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____	Hispano/Latino: Si / No
Raza(s): Asiático - Blanca - Indígena Americano - Isleño Pacífico - Negra - Otra: _____	

INFORMACION SOBRE EL SEGURO de SALUD	<input type="checkbox"/> No tengo seguro médico
Nombre de Asegurado: _____	F de N: ____ - ____ - ____ Masculino / Femenino
Nombre de Agencia: _____	# de Membrecía: _____ # de Grupo _____
Dirección de Agencia: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____	Código Postal: _____

POR FAVOR, CIRCULE SUS RESPUESTAS

- ¿Se siente enfermo(a) hoy? No / Si / No se
- ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? No / Si / No se
- ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? No / Si / No se
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave después de recibir una vacuna? No / Si / No se
- ¿Está tomando una terapia de aspirina a largo plazo, anticoagulante o tiene un condicion sanguíneo? No / Si / No se
- ¿Ha tenido una convulsión u otro problema del sistema nervioso? No / Si / No se
- ¿Tiene cáncer, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? No / Si / No se
- ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo con su corazón, pulmón, riñón, hígado, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o trastorno sanguíneo? No / Si / No se
- En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunitario, como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; o recibió tratamientos de radiación? No / Si / No se
- En el último año, ¿ha recibido una transfusión de productos sanguíneos o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? No / Si / No se
- ¿Vive con alguien o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente comprometido y que debe estar en aislamiento protector? No / Si / No se
- ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré? No / Si / No se
- SOLO MUJERES:** ¿Está embarazada o podría quedar embarazada en los próximos 3 meses? No / Si / No se

He revisado y respondido a las preguntas anteriores, lo mejor que he podido. He revisado la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas. He expresado mis preguntas y preocupaciones. Estoy satisfecho con las respuestas. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) recomendada(s). Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información

actualizada sobre mi estado médico y que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud. Autorizo al personal de atención de salud para que realicen los servicios de atención médica necesarios, hoy. Soy consciente de que el Distrito de Salud del Suroeste (SWDH) ingresa todos los registros de inmunización en el Sistema Recordatorio de Inmunización de Idaho (IRIS). Puedo optar por no participar en IRIS en cualquier momento poniéndome en contacto con el Programa de Inmunización de Idaho. Entiendo que puedo revisar el Formulario de Divulgación de HIPAA y que se me puede proporcionar una copia a petición mía.

El pago se espera en el momento del servicio. SWDH facturará a su compañía de seguros médicos; Usted será responsable de cualquier saldo restante. Para los niños sin seguro, de 18 años o menos, se cobrará una tarifa de administración de \$20.00 por vacuna, que no excederá los \$ 60.00 por visita.

Al firmar a continuación, usted acepta que se administren las vacunas recomendadas.

<input type="checkbox"/> COVID/Pfizer	<input type="checkbox"/> Flu	<input type="checkbox"/> Dtap	<input type="checkbox"/> Hep A	<input type="checkbox"/> Hep B	<input type="checkbox"/> HIB	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> MCV4	<input type="checkbox"/> Men B	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Pneumococcal	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Rabies	
<input type="checkbox"/> RSV	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> VZV/RZV – Shingles		

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de este estado que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma de Padre / Persona Responsable: _____ **Fecha de hoy:** ____ - ____ - ____

USO de CLINICA SOLAMENTE		INSURANCE NAME: _____				
<input type="checkbox"/> Adult Private (CP)	<input type="checkbox"/> Adult Uninsured (317)	<input type="checkbox"/> VFC Eligible (Child 0 to 18)				
<input type="checkbox"/> Client/Parent/Guardian has been counseled, and questions have been answered regarding the following vaccines to be administered today. VIS Statement(s) / Fact Sheet Made Available <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> COVID/Pfizer	<input type="checkbox"/> Flu	<input type="checkbox"/> Dtap	<input type="checkbox"/> Hep A	<input type="checkbox"/> Hep B	<input type="checkbox"/> HIB	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> MCV4	<input type="checkbox"/> Men B	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Pneumococcal	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Rabies	
<input type="checkbox"/> RSV	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> VZV/RZV – Shingles		
Final Screener: _____		Vaccinator: _____		Vaccination Date: ____ - ____ - ____		
Clinic Site:	Caldwell	Emmett	Payette	Weiser	Other:	_____
NOTES & Lot Stickers: _____						



Cuestionario y Consentimiento Para la Administracion de Vacunas Rutinas