



Consentimiento Informado Sobre la Vacuna

Información para el paciente

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ **Por favor marque:** ☐ Masculino

☐ Femenina

Información de seguros

Nombre del seguro: _____ Numero de BIN: _____

Beneficiario de Medicare o sin seguro:

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____

☐ No tengo seguro en este momento.

Yo, el abajo firmante, he leído o me han explicado la hoja de información de vacunación (VIS). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la (s) vacuna (s) y he respondido satisfactoriamente a mis preguntas. Solicito voluntariamente que se me administre la vacuna o a la persona mencionada para la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud. Al firmar este formulario, entiendo que Community Health Alliance verificará la cobertura del seguro completando una verificación de elegibilidad y facturará al seguro si se encuentra cobertura. Al firmar este consentimiento, estoy indicando que entiendo que puedo acceder a una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Alliance relacionado con la información de salud en esta página <https://www.chanevada.org/patients/privacy-policy/>.

☐ Autorizo que la(s) vacuna(s) sea administrada(s) por un farmacéutico estudiante capacitado.

Firma: _____

Fecha: _____

Imprimir el nombre del padre, tutor o cuidador: _____

Historia de las vacunas			
	Sí	No	Desconocido
Marque si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted: ☐ 65 años de edad o más ☐ Fibrosis quística ☐ Enfermedad cerebrovascular ☐ Diabetes (tipo 1 o tipo 2) ☐ Cáncer ☐ VIH ☐ Obesidad (BMI > 30) ☐ Fumar (actual o anterior) ☐ Enfermedad renal crónica ☐ Enfermedades pulmonares crónicas (asma, EPOC, hipertensión pulmonar, etc.) ☐ Enfermedad hepática crónica (cirrosis, hígado graso, hepatitis autoinmune, etc.) ☐ Enfermedades cardíacas (insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, etc.) ☐ Afecciones neurológicas (demencia o enfermedad de Parkinson) ☐ Trasplante de órganos sólidos o células madre ☐ Uso de corticosteroides o medicamentos inmunosupresores ☐ Otra condición de alto riesgo: _____	☐	☐	☐
¿Estas enfermo hoy? En caso afirmativo, indique sus síntomas: _____	☐	☐	☐
¿Usted o alguien en su hogar ha sido expuesto, diagnosticado o puesto en cuarentena por COVID-19 en los últimos 14 días?	☐	☐	☐
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	☐	☐	☐
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algún medicamento, látex, alimentos, mascotas o insectos que requirieran el uso o tratamiento con epinefrina (EpiPen)? En caso afirmativo, enumere las alergias: _____	☐	☐	☐
¿Tiene un trastorno de la coagulación de la sangre?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la gripe antes?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna antes?	☐	☐	☐
¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐
¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? En caso afirmativo, ¿cuáles? _____	☐	☐	☐
En el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos?	☐	☐	☐
En el último año, ¿ha recibido radioterapia?	☐	☐	☐
Para mujeres: ¿Estás embarazada actualmente?	☐	☐	☐

Pharmacy Use Only					
Vaccine Name					
Lot					
Expiration					
Dose					
Route (IM/SQ)					
Site (RD, LD, RA, LA)					

Signature of Pharmacist/Provider: _____

Date: _____

☐ Entered into WebIZ

Funding: ☐ 317 ☐ VFC ☐ Private

Last Updated: Sept 2025