

## 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
¿Alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted? Asma                      Diabetes                      Enfermedad cardíaca Fumador de tabaco      65 años o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estas enfermo hoy? En caso afirmativo, indique sus síntomas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o alguien en su hogar ha sido expuesto, diagnosticado o puesto en cuarentena por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un trastorno de la coagulación de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la gripe antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? En caso afirmativo, ¿cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna enfermedad que afecte el sistema inmunitario (cáncer, VIH, trasplante, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está recibiendo actualmente Humira Remicade, Enbrel, metotrexato, azatioprina, 6-mercaptopurina, antivirales, esteroides, anticancerígeno o radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último año, ¿ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mujeres: ¿Estás embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Signature of Pharmacist/Provider: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Entered into WebIZ

Funding:  317  VFC  Private