



Formulario de Consentimiento para Vacunas Antigripales (6 meses en adelante)

1. Información sobre la persona que recibe la vacuna. Por favor escriba claro.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección				
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono	

Por favor marque la respuesta sobre la persona que va a ser vacunada:

Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alsk Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negra/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Nativo HI/Islands del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Otro	Género : <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
--	---	---	---

2. Información del Seguro (Por favor llene completamente o adjunte una copia de la tarjeta del Seguro).

Nombre del seguro primario	# de identificación del asegurado/Miembro	# de identificación del grupo (Si disponible)
Relación con el Suscriptor /Asegurado: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente		Género del Suscriptor/Asegurado <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Apellido del Suscriptor/Asegurado	Nombre del Suscriptor/Asegurado	Fecha de Nacimiento del Suscriptor/Asegurado
Por favor marque aquí si no tiene seguro <input type="checkbox"/>		

3. Autorización y Consentimiento.

Consentimiento para el uso de información médica protegida y acuerdo de reclamos: Por la presente doy mi consentimiento y acuso recibo de un Aviso de prácticas de privacidad con respecto al uso y divulgación de cualquier información médica personal con el propósito de operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos. desde la aseguradora mencionada anteriormente hasta VaxCare asociado con los servicios contemplados en este documento. Autorización de vacuna: mi firma en este formulario indica que he solicitado que una estación de VaxCare o un representante de VaxCare me administre la vacuna que se indica a continuación. Yo exoneró a VaxCare, el socio de VaxCare, la enfermera administradora y el personal de cualquier responsabilidad por las reacciones que pudieran ocurrir. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio por jurado, en la medida máxima permitida por la ley, por cualquier reclamo o acción que surja o esté relacionado con este servicio, y que dicho reclamo o acción se determinará únicamente de forma individual a través de arbitraje de acuerdo con las Reglas de Capital Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendremos derecho a unir o consolidar reclamos en arbitraje por o contra otras personas o entidades o arbitrar reclamos como miembro representante de una clase o en calidad de procurador general privado. En el caso de exposición ocupacional, VaxCare tiene permiso para realizar análisis de sangre para la seguridad del paciente y del empleado por igual. He leído o me han explicado la información de la Declaración de información sobre la vacuna y entiendo los riesgos (incluidos los eventos adversos) y los beneficios de la vacuna. Entiendo que seré responsable del pago de la vacuna a continuación, estos servicios no son gratuitos y que la falta de pago por parte de la compañía de seguros o del paciente resultará en cobros por el monto adeudado. Además, entiendo que si soy un paciente que paga por mi cuenta o no pago que recibe servicios, todos los fondos deben pagarse en el momento del servicio y no a VaxCare. Si consiento por otra persona, tengo la autoridad legal, basada en mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

Firma del paciente, Padre/Madre/ Tutor Legal	Fecha
---	--------------

4. Por favor, responda las siguientes preguntas con un círculo sí o no

1. ¿Esta la persona que va a ser vacunada enferma hoy?	Sí	No
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene alergia al mercurio, al timerosal o a los huevos de gallina?	Sí	No
3. ¿Ha tenido alguna vez la persona que va a ser vacunada una reacción grave a una vacuna antigripal en el pasado?	Sí	No
4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré?	Sí	No

.....Sólo Para so Oficial.....

El/La Paciente No Completa Esta Sección

Vaccination Details (Adhere label or print clearly.)		
<input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> GSK	Lot#: Exp. Date:	Site: <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RT Route: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal
Administrator Signature:	Date:	Nurse/Administrator: I hereby attest by my signature that the patient (or guardian of patient) in question has been provided access to and explained the Vaccine Information Statement and appropriate immunization schedules, and has given verbal and written consent for vaccination.