

Formulario de consentimiento para la vacunación contra la gripe/antineumocócica /la COVID/el VRS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Proveedor de atención primaria (circule una opción): Arnold Bartkoski Hermesch Myers Snyder
Otro: _____

Seguro actual (circule una opción): BCBS Medicare KanCare Pago privado Meritain Otro: _____

¿Qué vacuna(s) recibirá hoy?: Gripe Neumonía COVID VRS

Se me ha ofrecido una copia de la Declaración de información de la vacuna (Vaccine Information Statement, VIS) sobre las vacunas contra la gripe o antineumocócica y he leído, se me explicó o entiendo la información proporcionada. Solicito que las siguientes vacunas se me administren o se le administren a la persona antes mencionada para quien estoy autorizado a presentar esta solicitud. Comprendo los riesgos y beneficios de las vacunas contra la gripe o antineumocócica, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Autorizo el pago de los beneficios médicos a Seneca Family Practice RHC/NVCH y entiendo que cualquier saldo restante después de los pagos del seguro es mi responsabilidad. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el consentimiento para que el personal de SFP/NVCH proporcione tratamiento de diagnóstico y, en caso de que sea necesario realizar más pruebas, puedo adquirir cargos de uno de nuestros centros contratados.

X _____

Firma del paciente o del padre, de la madre o del tutor

Fecha/Hora

Cuestionario de evaluación para la vacunación (circule "sí" o "no"):

1. ¿El paciente que recibirá la vacuna se encuentra enfermo o tiene fiebre alta? Sí No
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal a algún componente de la vacuna contra la gripe o antineumocócica, al timerosal (conservante que se encuentra en la solución para lentes de contacto) o al látex? Sí No
3. ¿La persona que recibe la vacuna está embarazada o planea quedar embarazada el próximo mes? Sí No
4. ¿La persona que recibe la vacuna tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré o de una enfermedad neurológica persistente? Sí No
5. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Sí No
6. **SOLO PARA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE; para niños de 6 meses a 8 años, ¿ha(n) recibido 2 o más dosis de la vacuna contra la gripe en la misma temporada desde julio de 2010?** Sí No
7. **SOLO PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID: ¿Ha dado positivo en la prueba de la Covid en los últimos 90 días?** Sí No

(Un miembro del personal de enfermería debe completar la siguiente sección.)

Vacuna contra la gripe

Tipo (circule una opción): Adulto/Dosis alta
Marca: Fluzone
Lugar de administración (circule una opción):
Deltoides izquierdo/derecho
Vasto lateral izquierdo/derecho
Dosis: _____ 0.5 ml
Fecha de la VIS: _____ 8/6/21
Fabricante: Sanofi Pasteur
Número de lote y fecha de vencimiento: _____

Vacuna antineumocócica

Tipo: PCV20
Lugar de administración (circule una opción):
Deltoides izquierdo/derecho
Vasto lateral izquierdo/derecho
Dosis: _____ 0.5 ml
Fecha de la VIS: _____ 5/12/23
Fabricante: Pfizer
Número de lote y fecha de vencimiento: _____

Vacuna contra la COVID

Tipo (circule una opción): Pfizer/Moderna
Grupo de edad: 6 meses a 4 años
5 a 11 años Más de 12 años
Lugar de administración (circule una opción):
Deltoides izquierdo/derecho
Vasto lateral izquierdo/derecho
Dosis (circule una opción):
0.2 ml 0.3 ml 0.5 ml
Fecha de la VIS: _____ 10/17/24
Número de lote y fecha de vencimiento: _____

Vacuna contra el VRS

Tipo (circule una opción): Beyfortus/Arexyv/Abrysvo
Lugar de administración (circule una opción):
Deltoides izquierdo/derecho
Vasto lateral izquierdo/derecho
Dosis (circule una opción):
50 mg/100 mg/200 mg/0.5 ml
Fecha de la VIS: _____ 10/17/24
Fabricante (circule una opción):
Sanofi Pasteur/GSK/Pfizer
Número de lote y fecha de vencimiento: _____

Firma y título del administrador de la vacuna

Fecha/Hora