

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2019

A. INFORMACION DEL PACIENTE - Por favor escriba con letra de molde

--	--	--

Apellido (El nombre como aparece en la tarjeta de seguro, si aplica)

Primer nombre

Inicial segundo nombre

--	--	--	--

Telefono

Status del Paciente Distrito Facultad Estudiante No estudiante Nino Padre/Guardian Publico en general

B. COMPLETE PARA LA FACTURACION A SU PLAN DE SEGURO MEDICO. Por favor tenga su tarjeta de seguro disponible.

--

Domicilio de su Vivienda

--

Apt. o Numero de Unidad

--

Ciudad

--

Estado

--

Codigo Postal

--	--	--	--	--	--	--

Hombre

Mujer

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

Edad

--

Nombre del Plan de Seguro Medico (Premera, Regence, Aetna)

--	--	--	--

Numero de Identification de la Cobertura de Medicare Parte B

--

Numero de Identificacion de la Membresia
(Numero de su tarjeta de Seguro Medico)

C. ACEPTACION Y AUTORIZACION

- SI NO**
- ¿ Ha tenido alguna vez una reaccion a la vacuna contra la gripe?
- ¿ Es usted alergico a los huevos o productos derivados del huevo, proteina de pollo, componentes de la vacuna, productos de latex o al Thimerosol?
- ¿ Esta enfermo con una fiebre con mas de 100 grados?
- ¿ Tiene historial del sindrome de Gullian-Barre o algun trastorno neurologico activo?
- ¿ Esta usted embarazada? Si respuesta es afirmativa, por favor pregunte acerca de la vacuna sin Thimerosol.
- Autorizo que los expedientes o records de Seattle Visiting Nurse Association (por sus siglas en ingles SVNA) sean liberados y revisados por un representante autorizado de parte de mi empleador o una tercera entidad encargada de liquidar la cuenta conforme sea requerido para hacer el pago. Autorizo que esta informacion sea liberada a cualquier agencia federal o estatal y revisada por las mismas, solamente conforme sea requerido por el cuerpo regulador o encargado de la concesion de licencias de esa agencia.
 - Estoy de acuerdo de liberar y eximir de responsabilidad a SVNA y el sitio o lugar en que la vacuna sera proveida, a sus empleados, oficiales, directores o afiliados de todas y cualquier tipo responsabilidades que puedan surgir de la vacuna o esten de alguna forma conectada con la misma.
 - Se me ha ofrecido una copia de **El aviso de privacidad de HIPPA para SVNA.**
 - Se me ha ofrecido y he leído una copia de la **Hoja informativa de la vacuna (por sus siglas en ingles como SVNA)**, que explica los riesgos y beneficios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas antes de que se me aplique la vacuna.
 - Entiendo que se recomienda que, siendo esta mi primera vacunacion, permanezca en el area por 15 minutos para asistencia, en cas o de que ocurriese una reaccion inmediata. Entiendo que se experimento cualquier efecto secundario, es mi responsabilidad de consultar a mi medico bajo mi propio costo.
 - **Entiendo que soy responsable de reembolsar a SVNA por los cargos que no sean cubiertos por mi empleador, Medicare o el seguro medico.**
 - Con mi firma abajo en el recuadro, autorizo a SVNA que me aplique la vacuna contra la influenza.

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------

(Si es menor de 18 anos, el PADRE o GUARDIAN debera firmar en el recuadro de arriba)

Padres o Guardianes, escriban en letra de molde su nombre aqui: _____

PARA SER COMPLETADO POR LA ENFERMERA PARA LA VACUNA ADMINISTRADA

<p>INFLUENZA Dose: 0.5ml IM VIS Date: 2019 Injection Site:</p>	<p>ALPHA CODE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 5px;"></div>	<p style="text-align: center;">VACCINE ADMINISTERED</p> <p><input type="checkbox"/> TRIVALENT INFLUENZA MDV <input type="checkbox"/> QUADRIVALENT INFLUENZA MDV</p> <p><input type="checkbox"/> TRIVALENT INFLUENZA PFS (Thimerosol Free) <input type="checkbox"/> QUADRIVALENT INFLUENZA PFS (Thimerosol Free)</p>
<p><input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid</p>		<p>Nurse Signature: _____ Date: _____</p>