Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe para Adultos

Georgia Department of Public Health
Coastal Health District

VHN Code:

Escanee para obtener la hoja informativa sobre la vacuna contra la gripe -->

Escanee para obtener la hoja informativa sobre la vacuna intranasal contra la gripe.-->

Sección 1: Información Acerca de la Persona que Recibirá la Vacuna (por favor, escriba con letra imprenta)

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD	GÉNERO (*Por favor, encierre con un círculo*) Masculino Femenino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

ETNICIDAD *(Por favor, marque)*
Hispano/Latino ☐ **Sí** ☐ **No**

RAZA *(Por favor, marque)*
☐ Afroamericano/Negro ☐ Blanco ☐ Hispano o Latinoamericano ☐ Nativo Americano
☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Hindú ☐ Hawaiano ☐ Otras islas del Pacífico ☐ Otro

DIRECCIÓN DE CASA **NÚMERO DE TELEFONO**

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA (Seguro de Salud)
☐ **Sin Aseguranza** ☐ **Con Aseguranza**
Por favor, adjunte una copia de la tarjeta de su aseguranza a este formulario.

Nombre del Titular de la Póliza/Nombre en la Tarjeta de Identificación de la Aseguranza: _____
Miembro # _____ **Grupo #** _____

Sección 2: Información Médica – Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si usted puede recibir la vacuna.

Por favor, encierre con un círculo Sí, No, o No sé (NS) para cada pregunta.

1. Esta usted enfermo(a) hoy?	**Sí**	**No**	**NS**
2. ¿Tiene alergias a algún medicamento, alimento, componente de una vacuna o al látex?	**Sí**	**No**	**NS**
3. ¿Ha tenido alguna vez, una reacción alérgica grave después de haber recibido una vacuna?	**Sí**	**No**	**NS**
4. ¿Tiene usted alguna de las siguientes afecciones: un problema de salud crónico del corazón, los pulmones, los riñones o una enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, ausencia de bazo, un implante coclear o una pérdida de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	**Sí**	**No**	**NS**
5. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	**Sí**	**No**	**NS**
6. ¿Alguno de sus padres, hermanos o hermanas tiene problemas del sistema inmunitario?	**Sí**	**No**	**NS**
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten a su sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoidea, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o ha recibido radioterapia?	**Sí**	**No**	**NS**
8. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema cerebral o del sistema nervioso?	**Sí**	**No**	**NS**
9. ¿Le han diagnosticado alguna vez una afección del corazón (miocarditis o pericarditis) o ha tenido Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección por el virus que causa el COVID-19?	**Sí**	**No**	**NS**
10. En el último año, ¿ha recibido gamma globulina, sangre/productos de la sangre o un medicamento antiviral?	**Sí**	**No**	**NS**
11. ¿Está usted embarazada?	**Sí**	**No**	**NS**
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	**Sí**	**No**	**NS**
13. ¿Alguna vez se ha mareado o desmayado antes, durante o después de recibir una inyección?	**Sí**	**No**	**NS**

Sección 3: Consentimiento para vacunar:

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA

Al firmar a continuación, reconozco que la información médica que he proporcionado anteriormente es correcta. He recibido una copia de la Declaración de Información sobre la Vacuna y/o se me ha facilitado una versión escaneada para su consulta. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que han sido contestadas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

FOR CLINIC USE ONLY – ESTE ESPACIO ES ÚNICAMENTE PARA USO CLÍNICO

Record of Immunization

VACCINE	MFR.	LOT #	EXP.	DOSAGE	ROUTE	SITE	VIS	NURSE

Nurse Signature: _____ **Date:** _____ **Entry Clerk Initial:** _____ **Date:** _____

Date of Vaccination: _____

PUBLIC $PRIVATE$