

DURHAM COUNTY HEALTH DEPARTMENT

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA H1N1

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
Apellido de soltera de la madre _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Edad _____ Género sexual: [] Masculino [] Femenino
Etnia: [] Hispano [] No hispano
Raza [] Blanca [] Negra o Afroamericana [] India-americana [] Asiática [] Otra _____
Nombre del padre, madre o tutor responsable del paciente (apellido y nombre) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado de domicilio _____ Número telefónico _____

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1. ¿Está usted embarazada? [] Sí [] No
2. ¿Tiene usted alergia a los huevos? [] Sí [] No
3. ¿Padece de alguna enfermedad aguda o crónica tal como trastornos cardíacos, diabetes, asma, cáncer o alguna otra enfermedad que afecte el sistema inmunológico? [] Sí [] No
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción a una dosis previa de la vacuna contra la influenza? [] Sí [] No
¿Está en contacto con una persona cuyo sistema inmunológico está severamente debilitado y requiere atención dentro de un ambiente protegido? [] Sí [] No
5. ¿Está usted empleado como trabajador de servicios de salud, brindando atención directamente al paciente? [] Sí [] No
6. ¿Vive usted en casa con un bebé menor de 6 meses de edad? [] Sí [] No
7. ¿Ha recibido alguna vacuna elaborada con microbios vivos en los últimos 30 días? [] Sí [] No

Derecho: [] Indio americano/nativo de Alaska [] Medicaid [] No asegurado [] NC Health Choice [] Asegurado

DECLARACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN:

Estoy autorizado por el padre, madre, tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres del niño(a) arriba mencionado (a) para obtener las vacunas necesarias para el menor. Yo, como persona designada por los padres, he recibido las "Hojas Informativas sobre la Vacuna" acerca de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). Se me ha dado la oportunidad de revisar las hojas informativas sobre la(s) vacuna(s) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales se me contestaron a mi entera satisfacción. Comprendo los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicada(s) al reverso de este formulario se me den a mí o a la persona cuyo nombre aparece arriba, de quien tengo autorización para hacer la presente solicitud.

ACUSO DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO: Al anotar mis iniciales en la(s) línea(s) provista(s), voluntariamente doy my autorización para lo siguiente:

Acuso de recibo de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad

Por la presente, declaro que se me ha ofrecido una copia del "Aviso sobre Prácticas de Privacidad" de Durham County Health Department (DCHD) y entiendo que puedo comunicarme con el funcionario de asuntos de privacidad llamando al teléfono 919 560-7600 si tengo alguna pregunta sobre el contenido de la notificación.

Seguro/información sobre pagos

Por la presente, autorizo y solicito que el pago de los beneficios de Medicaid o Medicare, al cual tengo derecho, sean directamente pagados a Durham County Health Department por concepto de todos los servicios que me han sido brindados por parte de cualquiera de los proveedores de servicios empleados o contratados por dicho departamento de salud (DCHD). Comprendo que el pago por estos servicios se puede realizar de acuerdo a las disposiciones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare) y/o de acuerdo a las disposiciones del Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid). Por la presente, autorizo al proveedor de servicios la divulgación de la información que sea necesaria para el proceso de cualquier reclamación de pago realizada a mi favor y autorizo que se efectúe el pago al proveedor de servicios por dicha reclamación.

FIRMA- Paciente/Pares/Tutor Legal

Fecha

VACCINE ADMINISTRATION

Vaccines Administered (check vaccine option administered)	Administration Site Del = deltoid V = Vastus Lateralis	Manufacturer/Lot No.	Date of VIS
H1N1 Inactivated Influenza Vaccine <i>Vacuna Contra La Influenza de 2009 H1N1 Desactivada ("inyección contra la influenza")</i>	<p align="center"><u>0.5 ml IM</u></p> L del R del LV RV		10/2/2009
H1N1 Intranasal Influenza Vaccine <i>Vacuna Contra La Influenza de 2009 H1N1 Viva Atenuada (ricio intranasal)</i>	Bilateral Nares		10/2/2009
H1N1 Inactivated Influenza Vaccine <i>Vacuna Contra La Influenza de 2009 H1N1 Desactivada ("inyección contra la influenza")</i>	<p align="center"><u>0.25 ml IM</u></p> L MLT R MLT		10/2/2009

I have asked about prior immunizations and reactions. According to informant, no reactions have occurred.

Provider's signature:

X _____ Provider# _____ DATE _____

Data Entry by _____ Date _____