

# FORMA DE COSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segunda inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo : M o F

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del padre/Guardián legal: \_\_\_\_\_ Apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Origen Étnico:** Hispano / No Hispano / Desconocido **Raza** Blanca / Nativo americana / Negra / Nativo de Alaska  
Asiática /Nativo de Hawái / Isla del Pacifico / Otra

**Circule la información que aplique** \*Edades de 0 a 18 años solamente\*

Medicaid / No seguro / Seguro /Nativo Americano / Nativo de Alaska

### Información de Medicaid

### Relacion al asegurado

Si mismo      Esposo (a)      Nino (a)

Nombre (Como aparece en la tarjeta) \_\_\_\_\_ # de Medicaid \_\_\_\_\_

### Seguro principal

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado principal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo : \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado si es diferente a la que aparece arriba \_\_\_\_\_

### POR FAVOR LEER Y ESCRIBIR LAS INICIALES:

\_\_\_\_\_ El Departamento De Salud del Distrito Central enviará la factura a su compañía de seguros o a Medicaid.

\_\_\_\_\_ **SI USTED NO TIENE SEGURO** la administración le enviará directamente la factura.

\_\_\_\_\_ Si usted necesita asistencia financiera, por favor contestar las siguientes preguntas:

\_\_\_\_\_ Número de personas que viven en la casa      Ingreso mensual \_\_\_\_\_

Para preguntas relacionadas con la factura, por favor llame a nuestro departamento financiero al 327-8594

**For Office Use Only**

**Payment Category**

**Staff initials:** \_\_\_\_\_

Insurance

Medicaid

Other

## CUESTIONARIO DE INMUNIZACIÓN

Las siguientes preguntas nos van a ayudar a determinar la clase de vacuna que usted debe recibir hoy. Si alguna pregunta no está clara, pídale explicación al proveedor de salud. Por favor circule SI o NO

¿El paciente está enfermo hoy?	SI	NO
¿Tiene el paciente alergias a alguna medicina, comida o alguna vacuna? (Por ejemplo: huevos) Por favor liste _____	SI	NO
¿Ha tenido el paciente alguna reacción seria después de recibir la vacuna? (Rutina o gripe)	SI	NO
¿Ha tenido el paciente el síndrome de Guillain-Barre (Un tipo de debilidad severa temporal de los músculos) ataques o desordenes neurológicos.	SI	NO
¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, problemas del sistema inmunológico, o tiene contacto cercano con una persona que necesite cuidado en un ambiente protegido( por ejemplo quien ha tenido un trasplante de la médula)?	SI	NO
¿Está el paciente tomando cortisona, prednisone, otros esteroides, medicinas para el cáncer o ha tenido tratamiento de radiografía? ¿Está recibiendo una terapia basada en aspirina? Dosis diaria de aspirina _____.	SI	NO
¿Ha recibido el paciente una transfusión de sangre o productos de sangre, o ha recibido una medicina llamada (gamma) globulina en el <b>último año</b> ? Si la respuesta es Si, cuándo? Mes _____ Dia _____	SI	NO
¿Ha recibido el paciente alguna vacuna como MMR (sarampión/ paperas / rubéola), varicela, gripe o cualquier otra en las <b>últimas cuatro semanas</b> ? Si la respuesta es SI, cuándo? Mes _____ Dia _____	SI	NO
¿Tiene el paciente cualquiera de los siguientes: asma, diabetes (o cualquier otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, corazón, hígado, riñones, nervios o sangre?	SI	NO
¿Ha tenido el paciente varicela? Si la respuesta es SI, ¿Cuándo?_____	SI	NO
¿El paciente fuma?	SI	NO
<b>Para las mujeres:</b> ¿Esta usted embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo en el próximo mes?	SI	NO

**PARA TODOS LOS CLIENTES: POR FAVOR LEER LA SIGUIENTE INFORMACION, ESCRIBIR SUS INICIALES, FIRMA Y FECHA.**

\_\_\_\_\_ La participación y el retiro del registro de inmunización (IRIS) es voluntaria. Llame al programa de inmunización de Idaho al 208. 334.5931. para no hacer parte o retirarse del registro. Si usted no se retirara del IRIS por escrito, el record de inmunización de su hijo permanecerá guardado en el registro.

\_\_\_\_\_Yo he leído, o se me ha explicado la información contenida en este paquete de declaración informativa concerniente a las vacunas Tdap (difteria, tétano y tosferina ) y Meningococcal(Meningitis) y entiendo los riesgos y beneficios. Yo doy mi consentimiento al Departamento De Salud Central del Distrito y a su personal para que mi hijo cuyo nombre está al frente de este formulario sea vacunado con:

\_\_\_\_\_TDAP y/o \_\_\_\_\_ Meningococcal (Meningitis)

**(Si este formulario no es firmado, fechado y devuelto, su hijo no podrá ser vacunado)**

Firma del cliente/guardián \_\_\_\_\_

(Para uso solamente de enfermeras)

(Para uso solamente de enfermeras)