

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE TALBOT

VACUNA DE GRIPE PARA ADULTO/NEUMOCÓCICO CONSENTIMIENTO DE VACUNA Y REGISTRO ADMINISTRATIVO

FAVOR LETRA DE MOLDE INFORMACION DE LA PERSONA A RECIBIR VACUNA					
Nombre: Apellido		Primer Nombre	Segundo Inicial	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad:
Dirección: Número & calle (#Apta,)		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal:
Sexo: F/M	Número de teléfono: ____-____-_____				

FAVOR CÍCLULAR SI o NO CONTESTE TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

PREGUNTAS 1- 4 DETERMINA SI LA VACUNA PUEDE SER DADA:

- | | |
|---|-------|
| 1. ¿Usted esta moderadamente o severamente enfermo con fiebre hoy? | SI NO |
| 2. ¿Usted ha tenido alguna vez una SEVERA/ANUSUAL REACCIÓN después de recibir una vacuna? | SI NO |
| 3. ¿La reacción fue relacionada con PARALYSIS e. o/ocurrió entre seis (6) semanas después de la vacuna de la gripe? | SI NO |
| 4. ¿Usted alguna vez ha tenido UNA SEVERA REACCION ALERGÍA A HUEVOS? | SI NO |
| PREGUNTAS 5 – 10 DETERMINA SI PRECUACIÓN ESPECIAL NECESITAN SER COGIDAS: | |
| 5. ¿Usted es diabético u otro desorden metabólico-a, o enfermedades de los pulmones, corazón, riñones, sangre o sistema nervioso? _____ | SI NO |
| 6. ¿Usted tiene un sistema inmune débil (de cáncer, HIV, u medicinas conteniendo esteroide u tratamiento de cáncer)? | SI NO |
| 7. ¿Usted tiene un desorden de sangra miento u toma aspirina o otros anticoagulantes todos los días? | SI NO |
| 8. ¿En este momento usted se encuentra embarazada? | SI NO |
| 9. Escriba una lista de todas sus alergias: _____ | |
| 10. Escriba una lista de todos sus medicamentos: _____ | |

FAVOR DE LEAR Y FIRMAR CONSENTIMIENTO EN LA LINEA DE ABAJO

“Yo he leído y me han explicado la información de la Declaraciones de la Vacuna (VIS) para la vacuna de gripe y/o vacuna de la neumonía. Yo he tenido la oportunidad hacer preguntas que fueron contestadas para mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y he pedido que sean dadas a mi o a la persona nombrada arriba a quien yo estoy autorizando hacer este pedido”. “Si yo no pago en efectivo hoy, yo autorizo el Departamento de Salud del Condado de Talbot facturar la compañía de mi seguro (Solo Medicare o Asistencia Médica) para servicios dados a la persona nombrada arriba”. Me han dado y ofrecido copia de la Notificación de la Póliza de Privacidad (HIPAA).

X _____ Relación: _____ Fecha de Hoy: _____
(Firma de la persona recibiendo o dando consentimiento para la vacunación)

FOR CLINIC USE ONLY BELOW THIS LINE

Vaccine given:	INFLUENZA	Pneumococcal (PPSV23)
Date of VIS:	08/07/15	04/24/15
Route of Administration: (Circle one)	IM: LA RA LL RL	IM: LA RA LL RL
Vaccine Manufacturer: (Circule)	Sanofi Pasteur Novartis GSK	Merck & Co., LLC
Vaccine Lot #/Expiration date:	Place label here.	Place label here
Signature & Title of Vaccine Administrator:		Today's Date:

