



Formulario de consentimiento para la gripe para adultos

1115 Pecan Drive Weatherford, Texas 76086
pchdtx.gov (817) 458 - 3254

Fecha: ___/___/___

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: ___/___/___ Edad del paciente: _____ GÉNERO: (M / F) Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad / Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA

Al completar la siguiente sección de seguro, autorizo el pago de beneficios médicos por cualquier servicio prestado. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar los reclamos de beneficios.

Por favor indique el proveedor de cobertura del paciente:

Aetna Blue Cross Blue Shield CIGNA Humana United

Nombre del titular de la póliza: _____	ID del miembro (todas las letras y números): _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ___/___/___	Número de grupo: _____

*** Si presenta un seguro, incluya una copia de su tarjeta con este formulario de consentimiento.**

TRICARE Miembro militar información:	Titular de la póliza Nombre: _____	Fecha de nacimiento: ___/___/___	Número de la Seguridad Social: _____	DOD #: _____
--	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre el paciente que recibe hoy la(s) vacuna(s):

- ¿El paciente está enfermo hoy? sí___ No___
- ¿Tiene el paciente alergia a medicamentos, alimentos, a algún componente de la vacuna o al látex? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿El paciente ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez el paciente antes, durante o después de recibir una inyección? sí___ No___
- ¿Ha sufrido el paciente o algún familiar directo una crisis epiléptica? ¿Ha tenido el paciente problemas cerebrales o de otro sistema nervioso? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Tiene el paciente un progenitor o hermano con un problema del sistema inmunitario? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- En los últimos 6 meses, ¿ha tomado el paciente medicamentos que afectan al sistema inmunitario como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o se ha sometido a tratamientos de radiación? sí___ No___
En caso afirmativo, indique la medicación y la fecha del último tratamiento _____
- ¿Ha recibido el paciente transfusiones de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antivírico en el último año? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Padece el paciente algún trastorno sanguíneo o hemorrágico como trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? sí___ No___
- (Si tiene 20 años o menos) ¿Está el paciente en tratamiento con aspirina? sí___ No___
- ¿La paciente está embarazada o podría quedarse embarazada en el próximo mes? sí___ No___
- ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas? sí___ No___
**En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) _____

Consentimiento para la vacunación

Por la presente doy autorización para que PCHD me administre las vacunas requeridas a mí. Yo libero al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por administrarme a mí/niño vacunas. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con la recepción de las vacunas. También soy consciente de que la receptora de esta vacuna no está actualmente embarazada y no debe quedarse embarazada en las 4 semanas siguientes a la recepción de determinadas vacunas de virus vivos. Reconozco que he recibido todas las hojas de información sobre las vacunas, mediante código QR, para las vacunas administradas. He tenido la oportunidad de recibir respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y haré saber a PCHD/escuela de cualquier cambio antes de ser vacunado.

Escanee este código QR con tu teléfono para acceder a información sobre la(s) vacuna(s) a administrar.



Firma del paciente: _____ Fecha: ___/___/___

FIRMA AQUÍ PCHD Staff signature: _____ Date: ___/___/___