

Departamento de Salud de Indiana-Formas de Consentimiento y Registración

Complete lo siguiente para la persona que está siendo vacunada:

Paciente: PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO (S) _____

Teléfono: (____) - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/____ Edad: ____ Sexo (*asignado al*

nacer): F M Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:

_____ Nombre completo del padre, madre o guardián: _____ Etnicidad: Hispano/Latino

No Hispano/Latino

Raza: (Marque todas a las que aplique)

Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Otro Sin especificar Blanco Negarse

Estado de su seguro médico (marque la casilla que corresponda)

NO TENGO SEGURO MÉDICO

MEDICAID

Compañía: _____ Número de Medicaid: _____

SEGURO MÉDICO PRIVADO o COMERCIAL (NO MEDICAID) *Adjunte una copia de la tarjeta al formulario si es posible*

Compañía: _____ Número de Póliza o Identificación del Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____/_____/_____

Relación Del Titular de la Póliza con el paciente: _____

Preguntas De Evaluación De Salud Para La Persona que se está Vacunando:

1. ¿Está enfermo hoy? En caso afirmativo, ¿Cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	7. ¿Ha tenido alguna vez una convulsión, u otro problema del cerebro o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ¿Alguna alergia a medicamentos, alimentos, algún componente de la vacuna o del látex?: Favor de mencionar las alergias:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	8. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o se ha hecho tratamientos de radiaciones para el cáncer?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? En caso afirmativo, por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	9. Para las mujeres: ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido el Síndrome de Guillian-Barre (EGB por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	10. ¿Fuma o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo con una enfermedad cardíaca, pulmonar, renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre (tal como, células falciformes)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	11. ¿Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquiera otra preocupación del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Declaración de consentimiento (continúa en el otro lado)

Departamento de Salud de Indiana-Formas de Consentimiento y Registración

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud personal o la de mi hijo para fines de operaciones de atención médica, junta con la asignación de todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente al Departamento de Salud de Indiana (IDOH por sus siglas en inglés) y a VaxCare por los servicios prestados.

Consentimiento para el Uso de información de Salud Protegida & a La Asignación de Reclamos: Por la presente doy mi consentimiento y doy a conocer haber recibido un Aviso de Prácticas de privacidad con respecto al uso y declaración de mi información de salud personal con el propósito de operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguradora mencionada con anterioridad a VaxCare asociada con los servicios contemplados en este documento.

Autorización de vacunas: Mi firma en este formulario indica que he solicitado que un representante del Departamento de Salud de Indiana me administre a mí o a mi dependiente la vacuna que se indica a continuación. Libero a VaxCare, el socio de VaxCare (Departamento de Salud de Indiana), la persona administradora y el personal de cualquier responsabilidad por cualquier reacción que pueda ocurrir. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio por jurado, en la medida máxima permitida por la ley, por cualquier reclamo o acción que surja de o esté relacionado con este, y que dicho reclamo o acción será determinado únicamente de forma individual mediante arbitraje de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni IDOH o VaxCare tendremos el derecho a unir o consolidar reclamos en arbitraje por o en contra de personas o entidades o arbitrar ningún reclamo como un miembro representante o en calidad de abogado general privado. En el caso de la exposición ocupacional, IDOH tiene el permiso del paciente para realizar análisis de sangre para la seguridad del paciente y del empleado por igual.

He leído o me han explicado la información de la(s) declaración(es) de información sobre la vacuna y comprendo los riesgos (incluidas las reacciones adversas) y los beneficios de la(s) vacuna(s). Si doy mi consentimiento para otro, tengo la autoridad legal, según mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta(s).

Doy mi consentimiento para que yo o mi hijo seamos vacunados con las vacunas recomendadas que solicitamos en este momento. Si quiero rechazar alguna vacuna(s) específica, llamaré al 317-519-2079 o enviaré un correo electrónico a: mlyman@isdh.in.gov

Vacunas que se pueden administrar según su registro de vacunación o el de su hijo son: DTaP/Tdap, Hepatitis A, Hepatitis B, tipo Haemophilus influenzae b (HIB), Virus del papiloma humano (HPV), Influenza, MMR, Meningitis, Polio, Neumonía, Rotavirus, Varicela, and Covid-19.

Firma: X _____

Fecha: _____

Se requiere una firma del padre, la madre o el guardián si el individuo es menor de 18 años

PARA USO CLÍNICO ÚNICAMENTE

Note any vaccine refusals next to vaccine name

Vaccine	VIS	MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE	INJECTION SITE	ROUTE
Dtap <i>(Infanrix)</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV <i>(Kinrix)</i>	4/1/20		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/HepB/IPV <i>(Pediatrix)</i>	4/1/20		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV/Hib/HepB <i>(Vaxelis)</i>	4/1/20		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep A <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> pediatric	7/28/20		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep B <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> pediatric	8/15/19		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hib (Pedvax)	4/1/20		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
HPV <i>(Gardasil 9)</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Influenza	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
MCV4 <i>(Menactra)</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM

Departamento de Salud de Indiana-Formas de Consentimiento y Registración

Men B	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
MMR	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
MMRV (ProQuad)	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
PCV13	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Polio	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
PPSV23	10/30/19		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Rotavirus (Rotateq)	10/30/19			<input type="checkbox"/> PO
Tdap (Boostrix)	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Varicella	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
Covid-19	*EAU		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____ DATE: _____

Checked out in Vaxcare on: _____ Initials: _____