

Manitowoc County Public Health Department
 1028 South 9th Street
 Manitowoc, WI 54220
 920-683-4155

FORMULARIO DE CONSETIMIENTO DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

La información recogida en este formulario será utilizada para autorización de documentos de recepción de la vacuna influenza. Información puede ser compartida a través del registro de inmunización de Wisconsin (WIR) y con otros proveedores de atención de salud directamente involucrados con su hijo para asegurar la finalización de la cartilla de vacunación.

Nombre del Paciente (Apellido, Primer, Inicial del Medio)

Nombre de la Madre (Apellido, Primero, Inicial)

Dirección

PO Box

Ciudad

Condado

Estado

Código Postal

Numero de Teléfono

Fecha de Nacimiento(mm/dd/aaaa)

Género

Masculino

Femenino

Raza (Marque Una)

Etnicidad (Marque Una)

<input type="checkbox"/> Africana Americana	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> Nativo de Háiwaii/Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino

Estatus de Elegibilidad- Esta seccion debe ser completada. (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Badger Care	<input type="checkbox"/> Seguro, cubre vacunas
<input type="checkbox"/> Elegibilidad de Medicaid	<input type="checkbox"/> No Seguro de Salud	<input type="checkbox"/> Seguro, NO cubre vacunas

Nombre del Doctor/Clinica

Nombre del Padre o Guardián responsable del paciente (Apellido,Primer,Inicial del Medio)

Relación con el Paciente

¿Aprueba que se comparta fecha de vacunación con el registro de vacunación de Wisconsin? (WIR)

Si

No

Se me ha dado una copia y he leído o se me a explicado la información sobre la enfermedad y la vacuna que va a ser recibida, he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna requerida y pido que la vacuna sea dada a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.

Medicaid de Wisconsin restringe destinatarios de facturación para cualquier servicio cubierto. Entiendo que si recibo Medicaid o Badgercare no se me cobrara una comisión de administración o se me preguntara por cualquier tipo de donación para la administración de cualquier vacuna que se está proporcionando.

FIRMA – Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a firmar a favor del paciente.

FECHA DE FIRMA:

X

10/27/2020

FOR OFFICE USE ONLY

Influenza Route= **IM**

Site= **(circle one)** RD LD RV LV

Lot No. = **(circle one)** 494S5 2SM24

Manufacturer: GSK

Signature & Title – Person Administering Vaccine: _____

Date Vaccine Administered: 10/27/2020

Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____