

Partner ID:  Partner Name:   
 Clinic ID:  School Name:   
 Patient ID:

Consent ID:

VaxCare se ha asociado con el proveedor del cuidado de su salud para brindar inmunizaciones. Todas las facturas por inmunizaciones vendrán provenientes de VaxCare y sus médicos.

**1 Información del Paciente**

PRIMER NOMBRE  INICIAL DEL MEDIO  APELLIDO  EDAD  GRADO  SEXO:  M  F

FECHA DE NACIMIENTO (MM•DD•AAAA)  ETNICIDAD:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Africano Americano  Hawaiano/Islands del Pacifico  Hispano  Blanco  Otro

DIRECCIÓN FÍSICA  APTO./SUITE  CIUDAD  ESTADO  CÓDIGO POSTAL

PRIMER NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR  APELLIDO DEL PADRE/MADRE/TUTOR  TELÉFONO

**2 Contraindication Questions**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no debemos darle hoy a usted o a su niño la vacuna inactivada inyectable contra la influenza. Si usted contesta "sí" a cualquier pregunta, eso no necesariamente significa que usted (o su niño) no deba ser vacunado. Esto solamente significa que deben hacerse preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, favor de hacer que su proveedor del cuidado de la salud se la explique.

|   | YES                      | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿La persona que va a ser vacunada hoy, está enferma?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿La persona a ser vacunada tiene alergia al mercurio, al timerosal o a los huevos de gallina?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿La persona que va a ser vacunada, ha tenido alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿La persona que va a ser vacunada, ha padecido alguna vez del síndrome de Guillian-Barré?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3 Insurance Information (please fill out completely!)**

NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL  NÚM. DE ID DEL ASEGURADO/MIEMBRO  ID DEL GRUPO

PARENTESCO CON EL ASEGURADO:  Paciente  Cónyuge  Dependiente

PRIMER NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR/ASEGURADO  APELLIDO DEL SUBSCRIPTOR/ASEGURADO  FECHA DE NACIMIENTO DEL SUB-SCRIPTOR/ASEGURADO (MM•DD•AAAA)  SEXO:  M  F

NÚM. ESTATAL DE MEDICAID   NO TENGO SEGURO No tengo seguro o cubierta de Medicaid para mi niño/a o para mí.

**4 Authorization and Consent**

**Consentimiento para el uso de la información de Salud Protegida y Asignación de reclamaciones:** Por este medio doy consentimiento y acuso recibo de un Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información personal de salud con el propósito de operaciones de cuidado de la salud, junto con la asignación de todos los pagos desde el seguro provisto a VaxCare asociado con los servicios contemplados en este documento si el cliente está asegurado. Autorización de la Vacuna: Mi firma en este formulario indica que he solicitado que una vacuna contra la gripe sea administrada a mi por el Departamento de Salud del Condado de Chester. Yo exoneré a VaxCare, el socio de VaxCare, la enfermera que administra la vacuna y el personal de cualquier responsabilidad por cualquier reacción que pueda ocurrir. Yo incondicionalmente e irrevocablemente renuncio a cualquier derecho a un juicio por un jurado, en la medida máxima permitida por la ley, para cualquier reclamación o acción que surja o esté relacionada con este servicio, y que cualquier reclamación o acción se determinarán únicamente sobre una base individual mediante arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendrá derecho a unirse o acumular los reclamos de arbitraje por o contra otras personas o entidades, o arbitrar cualquier reclamación como un miembro representativo de una clase o en la capacidad de un abogado privado. En el caso de una exposición ocupacional, VaxCare tiene el permiso del paciente para hacer las pruebas de sangre para la seguridad del paciente y los empleados por igual. He leído o se me ha explicado la información de la Declaración de Información sobre la Vacuna y entiendo los riesgos (incluyendo reacciones adversas) y los beneficios de la vacuna. Entiendo que seré responsable por el pago de la vacuna contra la gripe, si no tengo seguro. Además, entiendo que si tengo que pagar por la vacuna, todos los fondos deben ser cancelados en el momento del servicio y no ser remitidos a VaxCare. Si su consentimiento es para otros: Tengo la autoridad legal, basado en mi relación con el individuo indicado anteriormente, para dar su consentimiento a la administración de esta vacuna(s).

FIRMA DEL PADRE/MADRE o TUTOR LEGAL  FECHA

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE – USE TINTA NEGRA SOLAMENTE**

**Vaccination Details (Lot number must be recorded. Please adhere label or print clearly.)**

Sanofi Pasteur  GSK

ADMINISTRATOR SIGNATURE

LOT#  EXP. DATE:

SITE:  LD  RD  LL  RL DELIVERY:  IM

DATE (MM•DD•YYYY)  ADMINISTRATOR ID

Nurse/Administrator: I hereby attest by my signature that the patient (or guardian of patient) in question has been provided access to and explained the Vaccine Information Sheets and appropriate Immunization Schedules, and has given verbal and written consent for vaccination(s).