

# Cuestionario de Evaluación para fines de Inmunización IIC 2020 ESPAÑOL

6919 East 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis IN 46219

Escuela: \_\_\_\_\_

## Complete los siguientes campos con los datos de la persona que está siendo vacunada:

PRIMER Nombre DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Número Telefónico: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Dirección de Domicile: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Grupo étnico:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

Raza: (marque todo lo que corresponda)  India Americana/Nativo de Alaska  Asiática  Negra  Nativo de Hawái/Islas del Pacífico  Blanca  Desconocida

## Situación del Seguro (Marque la casilla)

SIN SEGURO

MEDICAID

Empresa: \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_  No sabe

SEGURO PRIVADO o COMERCIAL (NO MEDICAID)

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Identificación de la Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_ N° de grupo: \_\_\_\_\_ (si aplica)

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco del Titular de la Póliza con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Preguntas para la Persona que se va a Vacunar:

NO SÍ

1. ¿La persona que va a ser vacunada está enferma hoy? De ser así, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene alergia a algún medicamento, un alimento, a un componente de la vacuna o al látex? Por favor indique las alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? De ser así, por favor explique el caso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillian-Barré (SGB)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿La persona que va a ser vacunada tiene algún problema de salud de larga duración como enfermedades cardíacas, pulmonares, asma, enfermedades renales, enfermedades metabólicas (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿La persona que va a ser vacunada tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿La persona que va a ser vacunada toma medicamentos como cortisona, prednisona, otro tipo de esteroides, medicamentos anticancerígenos o ha recibido tratamientos de rayos X para el cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿La persona que va a ser vacunada fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) durante el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En el caso de mujeres: ¿La persona que va a ser vacunada está embarazada o existe la posibilidad de que lo esté durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Al firmar en la parte inferior, doy mi consentimiento para que se use y divulgue mi información médica personal o la de mi hijo con el fin de realizar operaciones de atención médica, así como para que se asignen a VaxCare todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente por los servicios prestados.

**Consentimiento para el uso de información médica protegida y asignación de reclamos:** Por la presente consiento y reconozco que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información personal de salud con el propósito de operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente a VaxCare en relación con los servicios contemplados en este documento. Autorización para la vacuna: Mi firma en este formulario indica que he solicitado que un representante de VaxCare me administre a mí o a mi dependiente la vacuna indicada a continuación. Libero a VaxCare,

# Cuestionario de Evaluación para fines de Inmunización IIC 2020 ESPAÑOL

6919 East 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis IN 46219

al socio de VaxCare, al personal y a la persona encargada de la administración de la vacuna de cualquier responsabilidad por las distintas reacciones que puedan ocurrir. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio ante un jurado, en la medida máxima permitida por la ley para cualquier reclamo o acción que surja o esté relacionada con este servicio, y a que cualquier reclamo o acción de este tipo sea resuelto únicamente en forma individual a través de un arbitraje de acuerdo a las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendremos derecho a unir o consolidar reclamos en un arbitraje por o contra otros individuos o entidades, ni a realizar el arbitraje de ningún reclamo como miembro representante de una clase o en calidad de abogado general privado. En el caso de una exposición ocupacional, VaxCare tiene el permiso del paciente para hacer pruebas de sangre a fin de garantizar la seguridad tanto del paciente como del empleado. He leído o me han explicado la información de la(s) Declaración(es) de Información sobre la(s) Vacuna(s) y entiendo los riesgos (incluyendo las reacciones adversas) y los beneficios de la(s) vacuna(s). Si doy el consentimiento por otra persona, tengo la autoridad legal, en función de mi relación con la persona indicada anteriormente, para autorizar la aplicación de esta(s) vacuna(s).

**Doy mi consentimiento** para que yo/mi hijo sea vacunado con todas las vacunas recomendadas que se deben aplicar en este momento. Si quiero rechazar alguna vacuna específica, llamaré al 317-628-7116 o lo haré saber por correo electrónico a: [clinic@vaccinateindiana.org](mailto:clinic@vaccinateindiana.org) Las vacunas que pueden ser administradas basándose en su registro de vacunas o el de su hijo/a son: DTaP, Hepatitis A, Hepatitis B, HIB, Polio, Gripe, MMR, Virus del Papiloma Humano, Meningitis, PCV13, Varicela

**Firmas Electrónicas:** Las firmas electrónicas se utilizan en los registros de salud como un medio para certificar los registros de salud electrónicos, los documentos transcritos y los documentos generados por computadora. Al marcar esta casilla y facilitar el nombre y la fecha en este formulario, entiendo que estoy ejecutando una firma electrónica, lo cual se considera legalmente válido para consentir los términos y condiciones descritos en este formulario. La política de VaxCare es aceptar la firma electrónica en lugar de la física. Este proceso funciona dentro de una infraestructura asegurada, garantizando la integridad del proceso y minimizando el riesgo de actividades no autorizadas en cuanto al diseño, el uso y el acceso a la historia clínica electrónica.

**Firma:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Se requiere la firma de los Padres o Tutores en el caso de personas menores de 18 años

# Cuestionario de Evaluación para fines de Inmunización IIC 2020 ESPAÑOL

6919 East 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis IN 46219

CLINIC USE ONLY				
VACCINE	VIS	MANUFACTURER /LOT # / EXP DATE	INJECTION SITE	Route
DTAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
DTAP/IPV	4/01/20 10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
DTAP/HEP B/IPV	4/01/20 8/15/19 10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP A <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> peds	7/20/16		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP B <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> peds	08/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HIB	10/30/2019		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HPV9	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
Influenza	08/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MCV4	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MenB	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MMR	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
MMR/V	8/05/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
PCV-13	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
POLIO	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
PPSV23	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
ROTAVIRUS	10/30/19			<input type="checkbox"/> PO
TDAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
VARICELLA	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
ZOSTER	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

ENTERED INTO CHIRP BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_