

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS

New River Family Wellness, PLLC

420 East Second Street, West Jefferson, NC 28694

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Genero: ____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _

Alergias: _____ Vacuna: _____

Precauciones y Contraindicaciones

¿Está usted enfermo hoy? Si No

¿Tiene Ud. una alergia a algún medicamento, comida, componente de vacuna, o látex? Si No

¿Alguna vez ha tenido una reacción seria después de recibir una vacuna? Si No

¿Alguna vez ha tenido una convulsión, problemas del sistema nervioso o del cerebro, incluyendo el síndrome de Guillan-Barre? Si No

¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o algún otro problema con el sistema inmunológico? Si No

¿Alguna vez se ha desmayado o se ha sentido mareado después de recibir una vacuna? Si No

¿Le están dando tratamiento para algún problema de salud de largo plazo tal y como enfermedad del corazón, enfermedad del pulmón, asma, enfermedad del riñón, enfermedad metabólica (e.g. diabetes), anemia o algún otro trastorno? Si No

¿Está usted tomando esteroides en este momento o alguna medicina contra cáncer, o le han hecho tratamiento de rayos-x? Si No

¿Durante el último año, ha recibido una transfusión de sangre o producto de sangre, o se le ha dado una medicina llamada inmunoglobulina (gamma)? Si No

¿Le han dado alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Si No

Si es que sí, ¿qué vacuna? _____

¿Es Ud. alérgico a los huevos? Si No

Solo para mujeres: ¿Está usted embarazada o hay posibilidad de que se embarace en el siguiente mes? Si No

Reacciones Adversas

Una vacuna, como cualquier medicina, es capaz de causar problemas serios, por ejemplo, reacciones alérgicas serias. El riesgo de que una vacuna cause algún daño serio, o muerte es extremadamente pequeña. Síntomas locales pueden incluir: estar adolorido, rojizo, comezón, o hinchazón en el lugar de la inyección. Síntomas sistemáticos pueden incluir: fiebre, malestar y dolor muscular. Otros síntomas sistemáticos pueden ocurrir con poca frecuencia. Estas reacciones normalmente comienzan dentro de 6 a 12 semanas después de ser vacunado y pueden persistir por unos cuantos días. Reacciones probables inmediatas como urticaria, angioedema, asma alérgica, o anafilaxis sistemática rara vez suceden después de una vacuna. Estas reacciones pueden resultar en personas que tienen reacciones hipersensibles en personas con alergias fuertes a los huevos, y dichas personas no deberían de recibir ciertas vacunas que contienen huevos. Personas que tengan documentada inmunoglobulina E (IgE) hipersensibilidad mediada a los huevos o a alguna otro componente de vacunas, lo que incluye timerosal, pueden tener un riesgo elevado de reacciones a vacunas.

En caso de una reacción fuerte tal y como una alta fiebre, cambios de comportamiento, o síntomas de influenza ocurren después de una vacuna, consulte con un doctor de inmediato. Síntomas de una reacción alérgica pueden incluir dificultad respirando, ronquera, silbido al respirar, urticaria, palidez, debilidad, latido de corazón rápido, o mareos que comienzan dentro de unas horas de haber recibido la vacuna.

He leído las reacciones adversas asociadas con a la administración de vacunas. Una copia de la información de la medicina de parte de la compañía que la fábrica está disponible si la pido. Además, se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta en cuanto a las vacunas. Creo que hay más beneficios que riesgos y yo voluntariamente tomo la responsabilidad completa por cualquier reacción que pueda resultar al recibir la vacuna o el que la persona nombrada anteriormente reciba la vacuna por la cual yo soy el tutor legal ("Custodia"). El expediente médico mío y el expediente médico de mi Custodia puede ser compartido con mi médico u otros proveedores de salud. Yo solicito que la vacuna se me administrara a mi o a mi Custodia, yo de mi parte y por parte de mi Custodia, y por cada uno de sus herederos, ejecutores, representantes legales y asignados, por lo presente libro a New River Family Wellness, PLLC y sus afiliados, subsidiarios, divisiones, directores, contratistas, agentes y empleados (colectivamente conocidos como Partidos) de cualquier demanda que se origine de, en conexión con o de alguna forma relacionada con el hecho de que yo reciba o mi Custodia reciba la vacuna. Ni New River Family Wellness, PLLC ni ninguno de los Partidos liberados, en cualquier momento y hasta cualquier nivel, serán culpables o responsables por la pérdida, lesión, muerte o el daño sufrido o sostenido por cualquier persona en cualquier momento en conexión con o como resultado de este programa de vacunas ni de la administración de la vacuna descrita arriba.

New River Family Wellness, PLLC usara y revelara su información de salud personal y la información de salud de su Custodia, para atenderle a usted o a su Custodia, para recibir el pago por la atención que le brindemos, y por las otras operaciones de atención de salud. Operaciones de atención de salud generalmente incluyen aquellas actividades que llevemos a cabo para mejorar la calidad de la atención médica. Hemos preparado un AVISO DE PRIVACIDA detallado para ayudarle a entender mejor nuestra política con respecto a su información de salud de usted y su Custodia. Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

Récord Administrativo

Date of Vaccine: _____ Lot Number: _____

Expiration: _____ Manufacturer: _____

Site of Injection: _____ Initials of person administering: _____