

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS (ADH)  
TEMPORADA DE INFLUENZA – FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INMUNIZACIÓN**

**Solo para uso de ADH** Código de clínica del ADH: \_\_\_\_\_ LEA de la escuela n°: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_

**Persona que recibe la vacuna:**

Nombre (legal): \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:   /   /

**1. HISTORIAL MÉDICO: Responda las siguientes preguntas por la persona que recibe la vacuna.**

<i>*Si contestó Sí y se requiere mayor información, notifique al CDNS regional.</i>		*SÍ	NO	
¿Tiene fiebre hoy? (Si tiene fiebre el día de la clínica puede impedirle recibir la vacuna contra la influenza).				Si alguna respuesta fue Sí, es posible que no pueda recibir la vacuna contra la gripe.
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a una dosis anterior de la vacuna antigripal, como dificultades para respirar, inflamación de ojos o labios, jadeo o náuseas o vómitos inmediatos? ¿Tiene alergia severa a algún alimento o medicamento? (por ej., gelatina, gentamicina o neomicina)				
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) en las 6 semanas posteriores después de haber recibido la vacuna de la gripe?				
¿Tiene menos de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si respondió es Sí a alguna de esas preguntas, entonces solo puede recibir la vacuna antigripal inyectable (inyección), no la vacuna antigripal intranasal (vapor para contra la gripe).
¿Tiene más de 49 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Está embarazada?				
¿Tiene alguna de las siguientes afecciones?: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre. Para niños de 2 a 4 años: ¿Algún proveedor de salud le ha dicho que su hijo ha tenido silbidos al respirar o asma en los últimos 12 meses?				
¿Está tomando un tratamiento a largo plazo con aspirina o que contiene aspirina? ¿Toma aspirina todos los días? ¿Ha recibido medicamentos antivirales para la influenza en las últimas 48 horas? (Tamiflu, Relenza, Rapivab, Xofluza)				
¿Ha recibido alguna de estas vacunas en los últimos 28 días? Sarampión, paperas, rubeola (MMR) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicela (varicela) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vacuna intranasal contra la influenza (vapor para la gripe) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Tiene el sistema inmunológico muy debilitado? (por ejemplo, por el VIH, cáncer o medicamentos como los esteroides o los que se usan para tratar el cáncer, la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn, psoriasis o tratamientos con radiación)				
¿Tiene contacto estrecho con alguna persona que necesite cuidados en un ambiente hospitalario protegido? (por ejemplo, alguien que se ha sometido recientemente a un trasplante de médula ósea)				
<p><b>Para los padres que NO irán a la clínica de gripe con su hijo/a:</b> Si respondió No a todas las preguntas anteriores, su hijo/a podrá recibir la inyección antigripal (inyectable) o el vapor antigripal (espray nasal). Por favor, marque su preferencia por un tipo de vacuna a continuación. Si el tipo de vacuna preferida no está disponible o marcada, el profesional de enfermería le dará la que esté disponible a menos que usted indique otra cosa.</p> <p><input type="checkbox"/> Inyección antigripal    <input type="checkbox"/> Vapor antigripal    <input type="checkbox"/> No tiene preferencia    <input type="checkbox"/> No recibir ninguna si mi preferencia no está disponible</p>				
<p><b>Maestro de aula del niño:</b> _____ (para uso de la clínica escolar)</p> <p>• <b>ATENCIÓN:</b> Los niños con edades de 6 meses hasta los 8 años pueden requerir una segunda dosis. Comuníquese con su proveedor de salud o su Unidad de salud local del ADH en cuatro semanas para recibir mayor información.</p>				

**2. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASIGNACIÓN.** Por favor lea la sección al reverso de este formulario. El Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas está disponible en el sitio web [www.health.arkansas.gov](http://www.health.arkansas.gov), está colgado y disponible en la clínica o acompaña este formulario.

Después firme en el recuadro a la derecha.

**Por favor firme aquí**

Mi firma abajo indica que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con la sección 2. Liberación de responsabilidad y asignación de la temporada de influenza - Formulario de consentimiento de inmunización y Declaración de información de la vacuna (VIS).

Firma del paciente/padre o madre/tutor:

fecha \_\_\_\_\_

**EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASIGNACIÓN:**

- He leído o me han explicado las Declaraciones de Información de la Vacuna para la vacuna inactivada de la influenza y la vacuna intranasal atenuada viva (vapor antigripal) y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer la Declaración de información de la vacuna (VIS) para cada vacuna, visite el sitio web para ver la VIS actual: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>
- Doy mi consentimiento al Departamento de salud estatal/local y a su personal para que le pongan la vacuna de la gripe a la persona identificada abajo.
- Por la presente confirmo que he recibido una copia del Aviso de privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.
- Entiendo que la información sobre esta vacunación contra la gripe será incluida en el Registro de inmunización del Departamento de salud de Arkansas.

**A mi compañía(s) de seguros:**

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi solicitud(es) de reembolso del seguro.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Entiendo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque dicha autorización.
- Acepto que la fotocopia de este formulario pueda usarse en vez del original.

**3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre (legal): \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:  /  /  Sexo:  Masculino  Femenino Teléfono n.º: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Casilla de correos \_\_\_\_\_ Apt. N.º \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip:

Raza:  Blanca  Hispana/latina  Negra/afroamericana  Indígena estadounidense/nativo de Alaska  
 Asiática  Nativa de Hawái/otros isleños del Pacífico  Otra

**4. ESTADO DE SEGURO (Marque la casilla correspondiente):**

Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro:  Es el titular  Cónyuge  Hijo/a  Otra

Número de Medicaid/ARKids:

Número de Medicare:

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

ID del afiliado/n.º de póliza:

**Información OBLIGATORIA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:**

Nombre (legal): \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:  /  /  Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**Administración de la vacuna contra la gripe (a completar solo por el personal de ADH)**

**CÓDIGO DE INYECCIÓN:**

70: Cuadrivalente (P-F) ≥ 6 meses  39: Vacuna intranasal cuadrivalente (P-F) 2 - 49 años

Vacuna contra la gripe	Vía de administración	Código del lugar	Dosis en ml.	Código MFG	Número de lote
	<input type="checkbox"/> IM				
	<input type="checkbox"/> Intranasal				

**Códigos de lugar:** Deltoides derecho = RD, Deltoides izquierdo = LD, Pierna derecha = RL, Pierna izquierda = LL, Brazo derecho = RA, Brazo izquierdo = LA  
**Códigos MFG:** SKB = GlaxoSmithKline, PMC = Sanofi, MED = MedImmune, SEQ = Seqirus

Firma y cargo del que administra la vacuna: \_\_\_\_\_

Fecha en que se administró la vacuna: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_