

Calcomanía del paciente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (GRIPE) 2022-2023** | | |
| Marque la respuesta que corresponda:  ☐ Tengo una cita con el médico hoy.  ☐ No tengo una cita con el médico hoy. Comprendo que yo pagaré la vacuna y que National Jewish Health no se la facturará a mi seguro. El costo es de $33.00 para la vacuna tetravalente y de $73.08 para las vacunas de altas dosis.  ☐ Soy familiar de un paciente de National Jewish Health. Comprendo que yo pagaré la vacuna y que National Jewish Health no se la facturará a mi seguro. El costo es de $33.00 para la vacuna tetravalente y de $73.08 para las vacunas de altas dosis.  ☐ Tengo cobertura de Medicare Parte B. | | |
|  |  |  |
| ¿Alguna vez tuvo una reacción grave a la vacuna antigripal o a sus componentes? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Tiene 65 o más años? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Tiene algún signo activo de enfermedad o infecciones? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré? | ☐ Sí | ☐ No |
|  |  |  |
| Me entregaron una copia de la Declaración informativa sobre vacunación (VIS, por sus siglas en inglés): *Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): What you need to Know* [Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): Lo que debe saber]. | ☐ Sí | ☐ No |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tuve la oportunidad de plantear mis preguntas y se respondieron a mi satisfacción. Leí la información de la Hoja informativa sobre la vacuna y comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza. Solicito que me apliquen la vacuna a mí o a la persona que se nombra a continuación, en nombre de quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. | | | |
| Nombre legal en letras de imprenta | Apellido legal en letras de imprenta | | Fecha de nacimiento |
| Firma | | | Fecha/Hora |
| Nombre del padre/madre/tutor legal en letra de imprenta | | Firma del padre/madre/tutor legal | Fecha/Hora |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Para uso exclusivo del personal clínico** | | |
| **Vacuna tetravalente-Flucelvax** | **Vacuna tetravalente de altas dosis-Fluad** | **Vacuna -Flucelvax** |
| **NDC**: 70461-0322-03 | **NDC**: : 70461-0122-03 | **NDC**: 70461-0322-03 |
| **FECHA DE VENCIMIENTO:** 30 de junio de 2023 | **FECHA DE VENCIMIENTO:**18 de mayo de 2023 | **FECHA DE VENCIMIENTO:** 30 de junio de 2023 |
| **LOTE**: | **LOTE**: | **LOTE**: |
| **FABRICANTE:**   * SEQIRUS | **FABRICANTE:**   * SEQIRUS | **FABRICANTE:**   * SEQIRUS |
| **POSOLOGÍA/VÍA DE ADMINISTRACIÓN**:   * 0.5 ml IM | **POSOLOGÍA/VÍA DE ADMINISTRACIÓN**:   * 0.5 ml IM | **POSOLOGÍA/VÍA DE ADMINISTRACIÓN**:   * 0.5 ml IM |
| **LUGAR DE INYECCIÓN:**   * BRAZO/PIERNA D * BRAZO/PIERNA I | **LUGAR DE INYECCIÓN:**   * BRAZO/PIERNA D * BRAZO/PIERNA I | **LUGAR DE INYECCIÓN:**   * BRAZO/PIERNA D * BRAZO/PIERNA I |
| **PERSONA QUE APLICÓ LA VACUNA**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Fecha/Hora | **PERSONA QUE APLICÓ LA VACUNA**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Fecha/Hora | **PERSONA QUE APLICÓ LA VACUNA**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Fecha/Hora |