

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 |