

2026-27 Asociación de Enfermeras Visitantes – Forma de Consentimiento

POR FAVOR ESCRIBIA LEGIBLEMENTE

CLINIC LOCATION: _____

Sección 1 – FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE (información de la persona siendo inmunizada)

Nombre LEGAL: (Primer Nombre, Apellido) Fecha de nacimiento: Edad: Peso: Genero:
 _____ F M Otro

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Número de teléfono: Dirección electrónica (e-mail): número de segura social:

Me gustaría recibir la(s) siguiente(s) vacuna(s) (seleccione todas las que correspondan):

- Gripe (Fluarix o Fluzone) Gripe en Adultos Mayores Flu (Fluad) FluMist COVID-19 (Pfizer, Comirnaty)
 Hepatitis A (Havrix) Hepatitis B (Engerix-B) Tdap (Boostrix) Neumonía (Capvaxive)

Reconocimiento del Aviso de Información sobre Vacunas (AIS):

He recibido y revisado el AIS de las vacunas que yo/dependiente recibiré: (Inicial) _____

Sección 2 – INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD - Por favor incluya una copia delantera y trasera de la(s) tarjeta(s) de seguro

Seguro Primario: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento : _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el titular de la póliza: _____

Seguro Secundaria: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento : _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el titular de la póliza: _____

Sección 3 – Favor de contestar SI o NO a las siguientes preguntas.

Toda las vacunas:

¿Está la persona que va a vacunarse enferma o tiene fiebre hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿Tiene la persona que va a ser vacunada alguna alergia a alimentos o a algún ingrediente de la vacuna? (ejemplos: huevos, látex, aluminio, levadura, timerosal, neomicina, gentamicina, arginina, gelatina, polietilenglicol, polisorbato, proteína bovina, polimixina, fenol). Si la respuesta es sí, por favor liste:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿Han tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de alguna vacuna?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿La persona que va a ser vacunada alguna vez se ha sentido mareada o débil antes, durante o después de una vacuna?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿Alguna vez han tenido un trastorno convulsivo por el cual estén tomando medicamentos para las convulsiones, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré (una afección que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso? Si la respuesta es sí, por favor especifique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿Están embarazadas o planean estarlo en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> N/A
¿Han recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Si la respuesta es sí, por favor liste:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿Están ansiosos por recibir una vacuna hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> N/A

Solo responda a estas preguntas si va a recibir la vacuna contra el COVID-19:

¿Alguna vez les han diagnosticado una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o han tenido Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C) después de una infección con el virus que causa COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
Si tienen menos de 65 años, ¿tienen alguna condición subyacente que los haga de alto riesgo para el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿Alguna vez han tenido una reacción alérgica no grave e inmediata (de aparición en menos de 4 horas) después de la administración de una dosis previa de un tipo de vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es sí, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé

Sección 3, continuación

Responda a estas preguntas solo si va a recibir la vacuna Flu Mist (vacuna viva):

¿Tienen cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
En los últimos 6 meses, ¿han tomado medicamentos que afectan su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos anticancerígenos; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o han recibido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿La persona que va a ser vacunada tiene un problema de salud crónico relacionado con enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares (incluido el asma), enfermedades renales, enfermedades neurológicas, enfermedades del hígado o enfermedades metabólicas (por ejemplo, diabetes)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
Si la persona que se va a vacunar es un niño de 2 a 4 años, en los últimos 12 meses, ¿un profesional de la salud le ha dicho que el niño ha tenido sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> N/A
¿La persona que va a ser vacunada tiene a) un canal abierto entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la boca, garganta, nariz o oído u otra fuga craneal de LCR, o b) un implante coclear, o c) una condición de inmunocompromiso por cualquier causa (por ejemplo, medicación, inmunodeficiencia congénita o adquirida, infección por VIH, o falta de bazo o bazo que no funciona [por ejemplo, causada por enfermedad de células falciformes])?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿La persona que va a ser vacunada está tomando actualmente medicamentos antivirales contra la influenza, o ha tomado alguno en las últimas 3 semanas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
¿La persona que va a ser vacunada es un niño o adolescente de 2 a 17 años y está tomando medicamentos que contienen aspirina o salicilato?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> N/A
¿La persona que va a ser vacunada vive con o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico esté gravemente comprometido y que deba estar en aislamiento protector (por ejemplo, en una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé

Consentimiento: Reconozco que la información médica proporcionada anteriormente es correcta. Autorizo al proveedor a administrar las vacunas seleccionadas anteriormente en la Sección 1. Se me ha ofrecido una copia en papel o he podido acceder a una copia electrónica del Aviso de Prácticas de Privacidad y de la Declaración de Información sobre Vacunas, entiendo los riesgos/beneficios y solicito que se administre la vacuna a mí o a la persona indicada para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la recepción de la(s) vacuna(s). También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. En nombre mío o de la persona mencionada, de mis herederos y representantes personales o los de la persona mencionada, por la presente libero y eximo de responsabilidad a Visiting Nurse Health Services, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier y toda responsabilidad o reclamo, ya sea conocido o desconocido, que surja de, en relación con, o de cualquier manera relacionado con la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s) arriba. Entiendo que yo/la persona mencionada debe permanecer en el lugar al menos 10 minutos para ser monitoreado(a) por la posibilidad de una reacción. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar un reclamo de seguro o el pago. **Entiendo que será responsable del costo si mi seguro/pagador no cubre esta(s) vacuna(s).** Si la persona mencionada anteriormente tiene menos de 19 años, declaro que soy el padre, tutor legal o representante legal del niño y puedo dar mi consentimiento para esta(s) vacuna(s).

Firma del individuo O del padre/tutor dividual: _____ Fecha: _____

Doy mi consentimiento para que la persona indicada en la Sección 1 reciba las vacunas seleccionadas sin que yo esté presente. Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Consentimiento Recibido: Nombre del POA/Guardián : _____ Relación: _____

Consentimiento Obtenido por: Nombre y Título: _____ Fecha Obtenida: _____

FOR OFFICE USE ONLY

<u>Vaccine/Route/Dose:</u>	<u>Site</u>	<u>Lot #:</u>	
<input type="checkbox"/> Fluarix- IM/0.5mL (≥ 6 months)	LD RD Other		<input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Bill Employer: _____ <input type="checkbox"/> Cash/Check/CC <input type="checkbox"/> Voucher: _____ <input type="checkbox"/> Grant: _____ <input type="checkbox"/> On-site Clinic Name: _____ <input type="checkbox"/> Homebound <input type="checkbox"/> VNA Employee <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Fluzone- IM/0.5mL (≥ 6 months)	LD RD Other		
<input type="checkbox"/> Fluvad - IM/0.5mL (≥ 65 years)	LD RD		
<input type="checkbox"/> FluMist – IN (2-49 years)			
<input type="checkbox"/> FluZone HD – IM/0.5mL (>65 yrs)	LD RD		
<input type="checkbox"/> COVID-19 – IM/0.3ML (≥ 12 years)	LD RD		
<input type="checkbox"/> Pneumonia PCV-21 – IM/0.5ML (≥ 50 yrs)	LD RD		
<input type="checkbox"/> Boostrix- IM/0.5mL (≥ 10 years)	LD RD		
<input type="checkbox"/> Energix-B- IM/1.0mL (≥ 20 years)	LD RD		
<input type="checkbox"/> Havrix–IM/1.0mL (≥ 19 yrs)	LD RD		

**If the insurance provided does not cover the vac-*

Nurse Name (PRINT): _____ Nurse Signature: _____ Date: _____