

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Formulario de registro y consentimiento

6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

Complete lo Siguiente con los Datos de la Persona Que Va Ser Vacunada:

Primer Nombre Del Paciente: _____ **Segundo Nombre:** _____ **Apellido:** _____

Nombre Elegido (si aplicable): _____ **Ocupación (si aplicable):** _____ **Sexo (asignado al nacer):** F M

Número de Teléfono: (____) - _____ - _____ **Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):** ____/____/____ **Edad:** _____ **Pronombres:** _____

Dirección de Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Raza: (Marque todos que le corresponde) Asiática(o) Indio(a) Americano(a)/Nativo(a) de Alaska Negro(a) Nativo(a) de Hawái/Islands del Pacífico

Blanco(a) Otro _____ **Grupo étnico:** Hispano(a)/Latino(a) No Hispano(a)/Latino(a) **Nombre Completo del Padre o Tutor:** _____

Para los estudiantes: Escuela: _____ Grado: _____

Situación del Seguro (Marque la Casilla):

Sin Seguro

<input type="checkbox"/> Medicaid Compañía: _____ Numero de Medicaid: _____	<input type="checkbox"/> Medicare Numero de Medicare: _____ ID de miembro / # de grupo (si aplicable): _____
--	---

Seguro Privado, Comercial, o Suplementario (NO MEDICAID) *Adjunte una copia de su tarjeta si es posible*

Compañía de Seguro: _____ Identificación de la Póliza de Seguro: _____ Numero de grupo: _____

Nombre Completo del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ____/____/____

Relación del Titular de la Póliza con el Paciente: _____

Preguntas de Evaluación de Salud Para la Persona Que Se Vacuna:

1. ¿La persona que va a ser vacunada está enfermo(a) hoy? De ser así, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene alergia a algún medicamento, un alimento, a un componente de la vacuna o al látex? Por favor indique las alergias:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
3. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? De ser así, por favor explique el caso:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (SGB)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
5. ¿La persona que va a ser vacunada tiene algún problema de salud de larga duración como enfermedades cardíacas, pulmonares, asma, enfermedades renales, enfermedades metabólicas (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
6. ¿La persona que va a ser vacunada tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
7. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido una convulsión, un problema cerebral o otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
8. ¿La persona que va a ser vacunada toma medicamentos como cortisona, prednisona, otro tipo de esteroides, medicamentos anticancerígenos o ha recibido tratamientos de rayos X para el cáncer?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
9. En el caso de mujeres: ¿La persona que va a ser vacunada está embarazada o existe la posibilidad de que lo esté durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
10. ¿La persona que va a ser vacunada fuma o fuma cigarrillos electrónicos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
11. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) durante el año pasado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
12. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Declaración de Consentimiento

Al firmar en la parte inferior, doy mi consentimiento para que se use y divulgue mi información médica personal o la de mi hijo con el fin de realizar operaciones de atención médica, así como para que se asignen a Indiana Immunization Coalition (IIC) y VaxCare todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente por los servicios prestados.

Consentimiento para el uso de información médica protegida y asignación de reclamos: Por la presente consiento y reconozco que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información personal de salud con el propósito de operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente a VaxCare en relación con los servicios contemplados en este documento.

Autorización para la vacuna: Mi firma en este formulario indica que he solicitado que un representante de VaxCare me administre a mí o a mi dependiente la vacuna indicada a continuación. Libero a VaxCare, al socio de VaxCare, al personal (IIC) y a la persona encargada de la administración de la vacuna de cualquier responsabilidad por las distintas reacciones que puedan ocurrir. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio ante un jurado, en la medida máxima permitida por la ley para cualquier reclamo o acción que surja o esté relacionada con este servicio, y a que cualquier reclamo o acción de este tipo sea resuelto únicamente en forma individual a través de un arbitraje de acuerdo a las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendremos derecho a unir o consolidar reclamos en un arbitraje por o contra otros individuos o entidades, ni a realizar el arbitraje de ningún reclamo como miembro representante de una clase o en calidad de abogado general privado. En el caso de una exposición ocupacional, VaxCare tiene el permiso del paciente para hacer pruebas de sangre a fin de garantizar la seguridad tanto del paciente como del empleado. He leído o me han explicado la información de la(s) Declaración(es) de Información sobre la(s) Vacuna(s) y entiendo los riesgos (incluyendo las reacciones adversas) y los beneficios de la(s) vacuna(s). Si doy el consentimiento por otra persona, tengo la autoridad legal, en función de mi relación con la persona indicada anteriormente, para autorizar la aplicación de esta(s) vacuna(s).

Doy mi consentimiento para que yo/mi hijo sea vacunado con todas las vacunas recomendadas que se deben aplicar en este momento. Si quiero rechazar alguna vacuna específica, llamaré al 317-628-7116 o lo haré saber por correo electrónico a: clinic@vaccinateindiana.org

Las vacunas que pueden ser administradas basándose en su registro de vacunas o el de su hijo/a son: DTaP/Tdap, Hepatitis A, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b (HIB), Virus Papiloma Humano (VPH), Influenza, SRP, Meningitis, Polio, Neumonía, Rotavirus, Varicela, Zoster, y/o Covid-19.

Firma: X _____ **Fecha:** _____

Se requiere la firma de un padre o tutor en el caso que la persona es menor de 18 años