



**Formulario de encuentro clínico de inmunización masiva 2023-2024
(No pertenece a escuelas)**



Consentimiento informado para la vacunación contra la influenza

ID de cliente de VDH:		Nombre del cliente: (apellido, primer nombre, segundo nombre)	
Fecha de nacimiento:		Dirección: (calle, ciudad, estado, código postal)	
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:	Género: M F
Ubicación preferida: <input type="checkbox"/> Chatham <input type="checkbox"/> Dan River <input type="checkbox"/> Gretna <input type="checkbox"/> Tunstall		N.º de SSN (opcional):	

Por el presente, autorizo a los vacunadores que trabajan bajo la dirección y supervisión de los proveedores de atención médica autorizados del Departamento de Salud de Virginia a inmunizarnos a mí o a mi hijo mencionados anteriormente. Entiendo los riesgos y beneficios de las inmunizaciones que se indican a continuación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. He recibido DECLARACIONES INFORMATIVAS DE LAS VACUNAS u hojas de información sobre las inmunizaciones. Acepto que el registro de vacunas y mi fecha de nacimiento o la de mi hijo se pueden compartir con otros proveedores de atención médica. Entiendo que esta información será utilizada por los proveedores de atención médica para mi cuidado o el de mi hijo. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial. Se me ha explicado y entiendo el consentimiento atribuido a enfermedades transmitidas por la sangre. Entiendo que los registros médicos se deben conservar durante un período de 5 años después de mi última visita o hasta los 21 años, si soy menor de edad.

AVISO DE CONSENTIMIENTO ATRIBUIDO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

El Código de Virginia § 32.1-45.1 (A) (1950), con sus enmiendas, requiere que VDH le brinde el siguiente aviso:

1. Si cualquier profesional de la salud, trabajador o empleado de VDH debe estar expuesto directamente a su sangre o fluidos corporales de una manera que pueda transmitir una enfermedad, se analizará su sangre para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. Según el Código de Virginia § 32.1-45.1(A), se considera que ha dado su consentimiento para la divulgación de los resultados de la prueba a la persona expuesta.
2. Si debe estar expuesto directamente a sangre o fluidos corporales de un profesional de la salud VDH, trabajador o empleado de una manera que pueda transmitir una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará a usted y a esa persona el resultado de las pruebas.

RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

SÓLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD - VACCINES ADMINISTERED

<input type="checkbox"/> Seasonal Influenza	Influenza Vaccine ICD10: Z23 Immunization. Admin Code: 90471/90473 (inj/mist) Medicare Immunization Admin Code: G0008			
Item Code	Lot Number	Route	Administration Site	Provider #
QFLU-MULTI - 6 - 35 mos (0.25 mL or 0.50 mL) circle Fluzone dose given		IM	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LL	
QFLU-MULTI - 3yrs & older (0.5 mL)		IM	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	
QFLU- PFA - Preservative Free – (0.5 mL)		IM	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	
FLU-MIST – nasal mist (0.1ml per nostril)		NS	Nose	
Other:			<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	
<input type="checkbox"/> Virginia Vaccines for Children <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> STATE <input type="checkbox"/> LHD				

Paciente, Padre/tutor legal, persona que actúa en lugar de los padres - Nombre en mayúsculas Firma Fecha

Provider Printed Name Signature Date

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN: Vacunación inyectable inactivada contra la influenza

Para pacientes adultos y padres de niños que serán vacunados: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no deberíamos colocarle a usted ni a su hijo vacunas inactivadas contra la gripe inyectables o vivas atenuadas hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted (o su hijo) no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, solicite a su proveedor de atención médica que la explique.

Marque la casilla correspondiente.

Sí No No lo sé

1. ¿Alguna vez la persona a vacunar experimentó reacciones alérgicas severas a la vacuna o cualquiera de sus componentes (huevos o proteína de huevo, gentamicina, gelatina, arginina) o a una dosis anterior de cualquier vacuna contra la influenza?			
2. ¿Alguna vez la persona a vacunar tuvo el síndrome de Guillain-Barré?			

Vacuna contra la influenza intranasal viva atenuada (realice las preguntas 1 y 2 anteriores e incluya lo siguiente)

Marque la casilla correspondiente.

Sí No No lo sé

3. ¿Alguna vez la persona a vacunar tuvo una reacción seria a la vacuna contra la influenza intranasal (FluMist) en el pasado?			
4. ¿La persona a vacunar es menor de 2 años o mayor de 49 años?			
5. ¿La persona a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo con relación a enfermedades cardíacas, pulmonares, asmáticas, renales, neurológicas o neuromusculares, hepáticas, metabólicas (por ejemplo, diabetes) o anemia u otro trastorno sanguíneo?			
6. Si la persona a vacunar es un niño de 2 a 4 años, en los últimos 12 meses, ¿alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tuvo sibilancias o asma?			
7. ¿La persona que va a ser vacunada es un niño de 5 años o más con asma?			
8. ¿Tiene la persona que se va a vacunar un sistema inmunitario debilitado? Por ejemplo, el VIH/SIDA u otra enfermedad afecta al sistema inmunitario, al igual que tener un bazo que no funciona o la ausencia de bazo, o un tratamiento a largo plazo con fármacos como altas dosis de esteroides, o un tratamiento del cáncer con radiación o fármacos.			
9. ¿La persona que se va a vacunar ha tomado algún medicamento antiviral para la influenza (por ejemplo, Tamiflu® o Relenza®) en las últimas 3 semanas?			
10. ¿El niño a vacunar tiene de 2 a 17 años y recibe terapia con aspirina o productos que contienen aspirina?			
11. ¿La persona a vacunar está embarazada o podría quedarse embarazada dentro del próximo mes?			
12. ¿La persona a vacunar recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?			
13. ¿La persona a vacunar atiende a personas severamente inmunocomprometidas que requieren un ambiente protegido?			
14. ¿La persona que se va a vacunar tiene implante coclear?			
15. ¿Tiene la persona que va a ser vacunada una fuga de líquido cefalorraquídeo (una fuga del líquido que rodea el cerebro hacia la nariz, la garganta, el oído o algún otro lugar cercano a la cabeza)?			

*Como recordatorio, se recomienda que espere al menos 15 minutos antes de abandonar el área después de la vacunación.

COMPLETE LA SECCIÓN SOBRE SEGUROS A CONTINUACIÓN (Esta sección **no** se aplica a las clínicas de preparación y respuesta ante emergencias, EP&R).

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Pagador externo	Número de póliza	Fecha efectiva
Medicaid (niños o adultos de alto riesgo)		
HMO de Medicaid (niños y adultos): especifique el nombre del plan Nombre del plan:		
Parte B de Medicare		
Seguro de salud privado: especifique el nombre del plan Nombre del plan:		
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		

Autorizo a VDH a divulgar los registros necesarios para respaldar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención médica. Solicito al pagador externo que pague los beneficios autorizados a VDH en mi nombre.

Formulario completado por: _____ Fecha: _____

Form reviewed by: _____ Date: _____