

Nombre: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

**CONSIENTEMENTO**

Recibí o se me ofreció una hoja con HIPAA noticia y información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Se que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

**Reconocimiento y restricciones de notificación de practicas de privacidad de HIPPA**

Si firma abajo, usted reconoce que a recibido la notificación de practicas de privacidad antes de que algun sevicio sea le a dado a usted por la practica, y usted tiene consentimiento del uso y la revelacion de su informacion medicaen except de lo que usted declare abajo.

Yo, por lo presente solicito, que las siguientes restricciones en el uso de o revelacion de mi infomacion.

**ELEGIBILIDAD**

- Medicaid # \_\_\_\_\_  
Fecha del derecho a la participación \_\_\_\_\_
- No tiene seguro
- Es un Indio Americano
- Es de Alaska
- Está subasegurado:
  - tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas
  - el seguro cubre sólo algunas vacunas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas)
  - el seguro limita la cobertura de las vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.
- CHIP # \_\_\_\_\_  
Fecha del derecho a la participación \_\_\_\_\_

En el consultorio de un proveedor de salud debe mantenerse un registro de determinación del derecho a la participación de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa TVFC. Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre consta en el registro o el proveedor de salud. En cada visita de inmunización debe determinarse y documentarse el derecho a la participación en el programa TVFC para asegurarse de que la persona tenga derecho a participar en el programa. Aunque no se requiere verificar las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, por cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

**PREGUNTAS**

1. ¿Esta enfermo hoy el Paciente? Sí No
2. ¿El Paciente es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? Sí No
3. ¿Ha tenido el Paciente alguna reacción seria a las vacunas en el pasado? Sí No
4. ¿Ha tenido el Paciente problemas de salud como diabetes, asma, pulmón, enfermedad cardiaca o renal, desorden sanguino, cáncer, SIDA, o cualquier otro problema importante de salud, como terapia de aspirina a largo plazo? Sí No
5. ¿Si el Paciente que va a ser vacunado tiene ontre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de salud en los últimos 12 meses que su niño tuvo sibilancias o asma? Sí No
6. ¿Ha sufrido el niño algún ataque o problema del cerebro? Sí No
7. ¿Tiene el Paciente cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Sí No
8. ¿Ha tomado el Paciente cortisona, prednisona, otros esteroides, Medicamentos anticáncer o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X durante los últimos 3 meces? Sí No
9. ¿Esta la niña embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? Sí No
10. ¿Ha recibido el Paciente alguna vacuna durante las últimas 4 semanas? Sí No
11. ¿Paciente ha tenido varicela? Si, ¿a que edad? Sí No  
Mes y Ano \_\_\_\_\_

Enumere las alergias aquí: \_\_\_\_\_

**Firma**

Paciente/ Representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si representante legal, relacion al paciente \_\_\_\_\_

**Clinic Downtime Form**

Date Vaccine & VIS Given	Vaccine Given	Mfg	Lot #	Site Used	VIS Date

Administrator Signature \_\_\_\_\_

\*Notes \_\_\_\_\_ eCW id: \_\_\_\_\_

