



Consentimiento General para Atención y Tratamiento

AL PACIENTE: *Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su enfermedad y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico recomendado para ser utilizado, de tal manera que usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento o procedimiento sugerido una vez conocidos los riesgos y peligros que éste implica. Hasta este momento de su atención médica no se ha recomendado ningún plan específico de tratamiento. Esta forma de consentimiento constituye simplemente un esfuerzo para obtener su autorización para llevar a cabo la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado(s) para cualquier (cualesquiera) enfermedad(es) identificada(s).*

Este consentimiento nos proporciona su autorización para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar abajo usted indica que (1) el interés de usted es que este consentimiento tenga continuidad incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted consiente al tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad mancomunada. El consentimiento permanecerá en completa efectividad hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de hablar sobre el plan de tratamiento con su médico acerca del objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si usted tiene alguna inquietud relacionada con cualquier prueba o tratamiento que le han sido recomendados por su médico, lo animamos a que haga preguntas.

Voluntariamente solicito a un médico y/o a un proveedor de nivel medio (Enfermera Calificada para Ejercer la Medicina, Asistente Médico o Enfermera Clínica Especializada), y a otros proveedores de servicios de salud o a los designados conforme se juzgue necesario, a que lleven a cabo un examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para la enfermedad que me ha traído en busca de atención médica a este consultorio. Entiendo que en caso de que se recomienden pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formas de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y entiendo completamente la información que se menciona anteriormente y que consiento completamente y voluntariamente a sus contenidos.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal con letra de molde

Relación con el Paciente

Nombre del Testigo con letra de molde

Puesto de Trabajo del Empleado

Firma del Testigo

Fecha



Consentimiento General para el Laboratorio y para la Atención y el Tratamiento Diagnósticos

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su enfermedad y sobre el procedimiento de laboratorio o diagnóstico recomendado para ser utilizado, de tal manera que usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento o procedimiento sugerido una vez conocidos los riesgos y peligros que éste implica. Hasta este momento de su atención médica no se ha recomendado ningún plan específico de tratamiento. Esta forma de consentimiento constituye simplemente un esfuerzo para obtener su autorización para llevar a cabo la(s) evaluación(es) de laboratorio y diagnóstica(s) necesaria(s) para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier (cualesquiera) enfermedad(es) identificada(s).

Este consentimiento nos otorga su autorización para realizar las pruebas de laboratorio y diagnósticas razonables y necesarias. Al firmar abajo usted indica que consiente a las evaluaciones de laboratorio y diagnósticas en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad mancomunada. El consentimiento permanecerá en completa efectividad hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de hablar con su médico sobre el objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que haya sido ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud relacionada con alguna(s) prueba(s) recomendada(s) por su médico, lo animamos a que haga preguntas.

Entiendo que si se recomienda alguna prueba adicional, invasiva o intervencionista, se me pedirá que lea y firme formas adicionales de consentimiento antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y entiendo completamente la información que se menciona anteriormente y que consiento completamente y voluntariamente a sus contenidos.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal con letra de molde

Relación con el Paciente

Nombre del Testigo con letra de molde

Puesto de Trabajo del Empleado

Firma del Testigo

Fecha

Información del Paciente:

Nombre del Paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____
(Inicial del Segundo Nombre) _____

Fecha de Nacimiento (DOB, por sus siglas en inglés): _____ Sexo: Mujer Hombre Transgénero

Número de Seguro Social (SS#): _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Desconocido

Nombre del Empleador: _____

Departamento del Empleador: _____

Empleado ¾ de tiempo (Si procede) _____

Inscrito en Medicare (marque): Parte A Parte B Parte D

¿Cómo se enteró de nosotros?:

_____ Por la red _____ Por un compañero del trabajo _____ Por la Orientación al Nuevo Trabajador

_____ Por el boletín informativo

Por otro medio, por favor describa: _____

Persona Responsable/Titular de la póliza (Si no es el paciente): _____

Nombre del Titular de la Póliza: (Apellido) _____

(Nombre) _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (DOB): _____ Compañía Aseguradora _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza (SS#): _____ - _____ - _____

Información Adicional: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ * **la dirección de correo electrónico es necesaria para tener acceso al Portal del Paciente**

Nombre de la Farmacia/Ubicación: _____

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii o de Otra Isla del Pacífico Negro o Afroamericano Blanco Declinó

Etnicidad: Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino Declinó

Idioma: Inglés Español Indio Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro _____

Información del Contacto de Emergencia: _____

Contacto de Emergencia: (Apellido) _____

(Nombre) _____

Número de Teléfono: (1) _____ (2) _____

Relación del Contacto de Emergencia con el Paciente: _____

Nombres de los MédicosTratantes:

Médico de Cabecera (PCP, por sus siglas en inglés):

Algún otro médico: _____

Reconozco que la información proporcionada en esta forma, hasta donde yo sé, es correcta y está actualizada. La duración de esta autorización es indefinida a menos que sea revocada por escrito. Entiendo que la solicitud de información médica por parte de personas que no han sido mencionadas anteriormente requerirá de una autorización específica previa para la revelación de cualquier información médica.

Firma del Paciente / Firma del Tutor

Fecha

Formulario de HIPAA Consentimiento para el paciente

Nombre del
paciente: _____
Fecha de
nacimiento: _____

Acuse de recibo de notificación de prácticas de privacidad

_____ (Iniciales del paciente) Acuso recibo de la Notificación de prácticas de privacidad, que describe las maneras en que la clínica puede usar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritas y permitidas. Comprendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en la notificación si tengo alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información con los fines descritos en la Notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que esta información puede ser revelada por vía electrónica por el proveedor y / o socios de negocios del proveedor.

Divulgación de información _____ (Iniciales del paciente) Autorizo a la clínica y a los médicos u otros profesionales de atención médica que participen en mi cuidado como paciente internado o ambulatorio para que divulguen información sobre la atención médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información sobre la atención médica relacionada con una admisión previa a otros centros afiliados a HCA puede ponerse a disposición de centros de admisión afiliados a HCA en el futuro para coordinar la atención del paciente con fines de administración de casos. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura o preguntas de pago, o para cualquier otro fin relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados se relacionan con un reclamo de indemnización por accidentes laborales.
- Las leyes federales y estatales pueden permitirle a este establecimiento participar en organizaciones con otros proveedores de atención médica, compañías de seguro u otros participantes del sector de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí a fin de alcanzar sus metas, que pueden incluir, entre otras: mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; reducir el tiempo necesario para tener acceso a mi información; agregar y comparar mi información para mejorar la calidad; y otros fines permitidos por la ley. Comprendo que este establecimiento puede ser miembro de una o más de estas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información relacionada con afecciones psicológicas, psiquiátricas y de discapacidades intelectuales, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas que incluyen, aunque no en forma restrictiva, enfermedades que se transmiten por la sangre, como la hepatitis, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Divulgaciones a amigos o familiares

¿QUIERES PARA DESIGNAR UN FAMILIAR O DE OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDE DISCUTIR SU CONDICIÓN MÉDICA? SI ES ASÍ, ¿QUE?" Doy permiso para que mi información médica protegida sea divulgada con fines de comunicar resultados, hallazgos y decisiones sobre mi cuidado a los familiares y otras personas mencionados a continuación:

	Nombre	Relación	Número de Teléfono
1:			
2:			
3:			

El paciente puede revocar o modificar esta autorización específica y que la revocación o modificación debe ser por escrito.

Consentimiento para el uso de correo electrónico o texto para recordatorios de citas, y otras formas de comunicación de atención médica:

Nos podemos comunicar con los pacientes de nuestro consultorio por correo electrónico y mensajes de texto para recordarles sus citas, y Para obtener información sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para la salud general y recordatorios / información.

Updated: June 12, 2015, replacing November 21, 2013 version

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o mensaje de texto en la que se pueden comunicar conmigo, acepto recibir recordatorios de citas y para obtener información sobre su experiencia/otras comunicaciones/información de atención médica en esa dirección de correo electrónico o mensaje de texto del consultorio.

_____ (iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto del consultorio en mi teléfono celular y a todo número reenviado o transferido a ese número, o correos electrónicos para recibir recordatorios de citas. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto regirá para todos los recordatorios de citas/información de salud en el futuro, a menos que solicite un cambio por escrito (consulte la sección de revocación a continuación).

El número de teléfono celular que autorizo para recibir mensajes de texto sobre recordatorios de citas y recordatorios/información de salud general es el _____.

El correo electrónico que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios/información de salud general es _____.

La clínica no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse cargos de mensajería de texto estándar de acuerdo con su plan de telefonía (póngase en contacto con su proveedor del servicio para obtener precios de planes y detalles).

Revocación

Por la presente, revoco mi solicitud de comunicaciones por correo electrónico o textos en el futuro.

___ Por la presente, revoco mi solicitud de recibir todo recordatorio en el futuro de citas y para obtener información sobre su experiencia y otras formas de comunicación de atención médica mediante mensajes de texto.

___ Por la presente, revoco mi solicitud de recibir todo recordatorio en el futuro de citas y para obtener información sobre su experiencia y otras formas de comunicación de atención médica por correo electrónico.

IMPORTANTE: *Esta revocación se aplica únicamente a las comunicaciones de este consultorio.*

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____

Fecha: _____ *Hora:* _____

Photography Consent. El consentimiento para fotografiar y otra grabación para la Seguridad y / o servicios de cuidado médico _____ (Iniciales del Paciente) que autoriza la utilización de fotografías, videos, grabaciones digitales o audio, y / o imágenes de los que me están grabando por razones de seguridad y / o propósitos de operaciones de cuidado de la salud de la práctica (por ejemplo, las actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el centro mantiene los derechos de propiedad de las imágenes y / o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso o copias de las imágenes y / o grabaciones cuando tecnológicamente factible a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y / o grabaciones se almacenan de forma segura y protegida. Imágenes y / o grabaciones en las que me siento identificado no se dará a conocer y / o utilizados sin autorización escrita de mí o de mi representante legal a menos que sea para operaciones de atención de la salud el tratamiento, pago u o no permitido o requerido por la ley.

_____ (Iniciales del paciente) No doy mi consentimiento para fotografías, videos, grabaciones digitales o audio, y / o imágenes de los que me están grabando por razones de seguridad y / o propósitos de operaciones de cuidado de la salud de la práctica (por ejemplo, las actividades de mejora de la calidad).

Firma (signature) _____ Fecha (Date) _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del Segundo Nombre) _____
 Fecha de Nacimiento Mes ___/Día ___/Año ___

Problemas Médicos: ¿Ha tenido (o tiene) alguno de los siguientes problemas médicos?: (marque Sí o No)

SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro Tipo de Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis o Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	Otro (por favor describa)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática o Pancreática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VIH Positivo o SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección de Vías Urinarias	_____	

Cirugías Anteriores: ¿Ha tenido alguna de las siguientes operaciones y en qué año?

<input type="checkbox"/> Apéndice-Año: _____	<input type="checkbox"/> Vesícula-Año: _____	<input type="checkbox"/> Pulmón-Año: _____	Otra (por favor describa) _____ _____
<input type="checkbox"/> Hernia-Año: _____	<input type="checkbox"/> Corazón-Año: _____	<input type="checkbox"/> Histerectomía-Año: _____	
<input type="checkbox"/> Anginas-Año: _____	<input type="checkbox"/> Tiroides-Año: _____	<input type="checkbox"/> Columna Vertebral/Articulación-Año: _____	

Historia Social del Paciente

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado Viudo(a)

Uso de Alcohol: Nunca Rara vez Moderado Diario Dejó de Tomar Antes

Uso de Tabaco: Nunca Dejó de Fumar Antes Fumador Actual Cajetillas Diarias: _____

Uso de Drogas: **SÍ** **NO** Tipo: _____ Frecuencia: _____

Historia Clínica Familiar

	Edad	Enfermedad	Fallecido/Causa de Muerte
Padre			
Madre			
Hermano			
Hermana			

En caso de que un procedimiento tenga que ser reprogramado, ¿Qué hospital prefiere?

Firma: _____

Fecha: _____

Vacuna contra la gripe

Lo que usted necesita saber

(Vacuna contra la gripe inactivada)

2013-2014

Muchas de las declaraciones informativas sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

Las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La gripe o influenza es una enfermedad contagiosa que se transmite entre la población de los Estados Unidos durante el invierno, generalmente entre octubre y mayo.

La gripe es causada por el virus de la influenza y se puede transmitir al toser, estornudar y tener contacto cercano.

Todas las personas pueden contraer gripe, pero el riesgo es mayor en los niños. Los síntomas se presentan de forma repentina y pueden durar varios días. Estos pueden incluir los siguientes:

- fiebre/escalofríos
- dolor de garganta
- dolores musculares
- fatiga
- tos
- dolor de cabeza
- rinorrea o congestión nasal

La gripe puede afectar a algunas personas más que a otras. Entre estas se incluyen los niños pequeños, las personas mayores de 65 años, las mujeres embarazadas y las personas con ciertas afecciones de salud, como enfermedades cardíacas, pulmonares o renales, o con un sistema inmunitario debilitado. La vacuna contra la gripe es especialmente importante para estas personas y para todas las que estén en contacto cercano con ellas.

La gripe también puede provocar neumonía y empeorar las afecciones médicas existentes. En los niños, puede causar diarrea y convulsiones.

Cada año, **miles de personas mueren por gripe en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas.

La **vacuna contra la gripe** es la mejor protección que tenemos contra la gripe y sus complicaciones. Esta vacuna también previene el contagio de la gripe de persona a persona.

2 Vacuna contra la gripe inactivada

Existen dos tipos de vacuna contra la gripe:

Usted recibirá la vacuna contra la gripe **inactivada**, que no contiene virus de influenza vivos. Esta se administra mediante una inyección.

Existe otro tipo de vacuna contra la gripe **viva, atenuada** (debilitada) que se administra a través de las fosas nasales en forma de aerosol. *Esta vacuna se describe en una Hoja de información sobre vacunas por separado.*

Se recomienda vacunarse contra la gripe todos los años. Los niños de 6 meses a 8 años de edad deben recibir dos dosis el primer año que se vacunan.

Los virus de la gripe cambian constantemente. La vacuna contra la gripe de cada año se fabrica para proteger contra los virus que tienen mayor probabilidad de causar la enfermedad ese año. Si bien la vacuna no puede prevenir todos los casos de gripe, es nuestra mejor defensa contra esta enfermedad. La vacuna contra la gripe inactivada protege contra 3 o 4 virus diferentes de la influenza.

Luego de la vacunación, la protección demora unas dos semanas en desarrollarse y dura entre varios meses y un año.

Algunas enfermedades que no son causadas por el virus de la influenza suelen confundirse con la gripe. La vacuna contra la gripe no previene ese tipo de enfermedades. Solo puede prevenir la gripe.

Para personas mayores de 65 años, existe una vacuna contra la gripe en “dosis alta”. La persona que le administre la vacuna puede informarle más al respecto.

Algunas vacunas contra la gripe inactivadas contienen una cantidad muy pequeña de timerosal, un conservante hecho a base de mercurio. Los estudios han demostrado que el timerosal presente en las vacunas no es perjudicial, pero existen vacunas contra la gripe que no contienen conservantes.

3 Algunas personas no deben aplicarse esta vacuna

Informe lo siguiente a la persona que le aplique la vacuna:

- **Si tiene alguna alergia severa (que represente un riesgo para la vida).** Si alguna vez tuvo una reacción alérgica que representa un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis de la vacuna contra la gripe, o si tiene una alergia severa a cualquier parte de esta vacuna, es posible que le recomienden no aplicarse la vacuna. La mayoría de los tipos de vacunas contra la gripe, pero no todos, contienen una cantidad pequeña de huevo.
- **Si alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS)** (una enfermedad grave que causa parálisis). Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Esto debe ser analizado con el médico.
- **Si no se siente bien.** Pueden recomendarle que espere hasta sentirse mejor, pero debe regresar para vacunarse.



4**Riesgos de una reacción a la vacuna**

Con la vacuna, al igual que con cualquier medicamento, hay probabilidades de que se produzcan efectos secundarios. Estos suelen ser leves y desaparecen por sí solos.

También es posible que se produzcan efectos secundarios graves, pero son muy poco frecuentes. La vacuna contra la gripe inactivada no contiene virus vivos, de modo que es **imposible contraer gripe a causa de esta vacuna**.

Después de cualquier procedimiento médico, incluida la vacunación, pueden presentarse desmayos breves y síntomas relacionados (como movimientos espasmódicos repentinos). **Sentarse o acostarse durante unos 15 minutos después de una vacunación puede ayudar a evitar desmayos y lesiones causadas por caídas.** Informe a su médico si se siente mareado o aturdido, o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Problemas leves después de administrarse la vacuna contra la gripe inactivada:

- dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la vacuna
- ronquera; dolor, enrojecimiento o comezón en los ojos; tos
- fiebre
- dolores
- dolor de cabeza
- comezón
- fatiga

Si estos problemas ocurren, suelen aparecer inmediatamente después de la inyección y duran 1 o 2 días.

Problemas moderados después de administrarse la vacuna contra la gripe inactivada:

- Los niños pequeños que reciban la vacuna contra la gripe inactivada y la vacuna antineumocócica (PCV13) al mismo tiempo pueden tener mayor riesgo de sufrir convulsiones por fiebre. Consulte a su médico para obtener más información. Informe al médico si el niño que recibe la vacuna contra la gripe ha tenido convulsiones alguna vez.

Problemas severos después de administrarse la vacuna contra la gripe inactivada:

- Podría producirse una **reacción alérgica severa** después de cualquier vacuna (se estima que ocurre menos de 1 de cada un millón de dosis).
- Existe una pequeña probabilidad de que la vacuna contra la gripe inactivada se asocie con síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS); no más de 1 o 2 casos por cada millón de personas vacunadas. Este riesgo es mucho menor que el riesgo de complicaciones severas derivadas de la gripe y que pueden prevenirse con la vacuna.

La seguridad de las vacunas siempre está siendo monitoreada. Para obtener más información, visite: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5**¿Qué hago si ocurre una reacción grave?**

¿A qué debo prestar atención?

- Debe prestar atención a cualquier aspecto que le preocupe, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o cambios de comportamiento.

Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Estos podrían comenzar entre algunos minutos y algunas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si piensa que es una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o lleve a la persona al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.
- Luego, la reacción debe ser reportada al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico puede presentar este reporte, o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en www.vaers.hhs.gov, o llamando al **1-800-822-7967**.

El VAERS se utiliza únicamente para reportar reacciones. No se proporciona asesoramiento médico.

6**Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas**

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones a causa de determinadas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al **1-800-338-2382** o visitando el sitio web del VICP en: www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

7**¿Dónde puedo obtener más información?**

- Pregúntele a su médico.
- Llame al departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de CDC www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
Inactivated Influenza Vaccine

07/26/2013

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

He leído o me han explicado, la información acerca de la influenza y la vacuna contra ella. He tenido la oportunidad de discutir los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza con mi proveedor de salud previo a mi visita de hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza, y solicito que se suministre la vacuna a mí/mi hijo(a). (Seleccione una opción)

Por favor escriba:

3/4 ID o 4 últimos dígitos

Nombre: _____ de su Seguro Social: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento de su hijo(a): ____/____/____ Edad: _____ (si es aplicable)

Es su hijo(a) 6 meses o menor de 6 meses? SI/ NO (si su respuesta es "no", su hijo(a) puede no recibir la vacuna en esta ocasión.)

Nombre del Padre/Madre o acudiente:

La vacuna es para: (Elija una opción) Doctor Empleado Contratista Voluntario
Miembro de la familia (Adulto) Miembro de la familia (Menor) Otro _____

Compañía/Organización: _____

La persona que recibe la vacuna, ha tenido alguna vez una alergia severa (hipersensibilidad) o reacción a los huevos, pollo o plumas de pollo? ____SI ____No

Ha tenido, la persona que recibe la vacuna, alguna historia de síndrome de Guillain – Barré o problemas neurológicos persistentes? ____SI ____No

Está, la persona que recibe la vacuna, embarazada? ____SI ____No (Si la respuesta es sí, LAIV es contraindicada, se recomienda TIV)

Es, la persona que recibe la vacuna, alérgica al Thimerosal (Preservativo encontrado en la solución para lentes de contacto), Algún ingrediente de vacunación, o látex? ____SI ____No

Para niños de 6 meses a 8 años, han recibido 2 o más dosis de la vacuna contra la influenza desde julio de 2010? ____SI ____No ____N/A

(Si la respuesta es no, el niño)(a) necesitará recibir 2 vacunas [con al menos un mes de diferencia] para mejor protección contra la influenza.

Firma de la persona que recibe la vacuna O Padre/Madre o acudiente

Fecha

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO. ES PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE/DO NOT WRITE IN THIS SPACE—OFFICE USE ONLY VIS Edition Provided: _____

Lot number: _____ Expiration Date: _____ CHECK ONE:

- ____ 0.5 mL IM Influenza Virus Vaccine given in ____left ____right deltoid – TIV or QIV
- ____ 0.5 mL IM Influenza HIGH Dose Virus Vaccine given in ____left ____right deltoid (65+) TIV-SR
- ____ 0.2 mL Live Attenuated Influenza Virus Vaccine given intranasally (half each nostril)
- ____ 0.5mL Intradermal Virus Vaccine site _____ - TIV
- ____ 0.5mL FluBlok Influenza Virus Vaccine given in ____left ____right deltoid
- ____ Children 6-35 months: 0.25 mL/dose given in ____left ____right deltoid (1 or 2 doses per season)
- ____ Children 3-8 years: 0.5 mL/dose given in ____left ____right deltoid (1 or 2 doses per season)
- ____ Children older than 9 years: 0.5 mL/dose given in ____left ____right deltoid (1 dose per season)

Nurse/ Provider's Signature

Date

Time

Place Employee Info label here, if desired