

### Formulario de consentimiento para la vacuna contra la influenza

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido legal del paciente:	Nombre legal del paciente	Numero de telefono:	Edad:	Fecha de nacimiento
Dirección:	Ciudad:	Condado:	Estado:	Codigo postal:
Sexo (Sexo asignado al nacer): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza: (Seleccione uno o más)			
Origen étnico; Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> AS- Asiática/Isleña del Pacífico/Otra <input type="checkbox"/> BL- Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> CH-Chino <input type="checkbox"/> CA- Caucásico (blanco)/mexicano/puertorriqueño <input type="checkbox"/> FI-Filipino <input type="checkbox"/> HA-Hawaisno <input type="checkbox"/> IN- indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> JA- japonés <input type="checkbox"/> NW-Otro –no-blanco <input type="checkbox"/> UN desconosido			
Compañía de seguro o Medicare:	ID#:	Grupo# (solo para el seguro médico):	Médico primario:	

Cuestionario de Evaluación para la vacuna	
1. ¿Tiene una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene alguna otra alergia grave? Por favor aliste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de recibir la vacuna de la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días? aliste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Esta amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
7. ¿Está embarazada o tiene posibilidades de quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

Lea y confirme cada una de las siguientes declaraciones y luego firme.

- Me han ofrecido una copia de la Hoja de Información de Vacunas más actualizada, ya sea si aceptada o no. He leído o me han explicado la información de la hoja de Información, incluidas las posibles reacciones adversas, los componentes de la vacuna, los posibles riesgos y qué hacer después de la vacunación.
- Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado de hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el Registro de Inmunización de Kansas para mí o en nombre de la persona mencionada arriba.
- Por el presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del menor mencionado. Otorgo autorización y consentimiento para que Salina Family Healthcare Center administre la vacuna contra la influenza al menor mencionado anteriormente y proporcione evaluación médica y tratamiento durante todo el proceso de la vacuna, incluida la administración de medicamentos y llamar a servicios médicos de emergencia para el transporte al departamento de emergencias más cercano

**Firma del paciente/ o padre/ tutor:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Staff use only:

VACCINE	ROUTE	EXT	SITE	Date Administered	MANUFACTURER	LOT #	EXP DATE
Influenza	IM	RT    LT	Deltoid				

**Signature and Title of Vaccine Administrator** \_\_\_\_\_ **Date Given** \_\_\_\_\_

NUEVO Y ANUAL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

<b>Nombre legal:</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> /    /
<p><b>Asignación de Beneficios y Autorización Para Revelar Información Médica:</b>                  Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro medico aplicable, se hagan a mí, o en mi favor, a Salina Family Healthcare, por cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a telemedicina y/o teledontología (dentista), proporcionado a mí y/o miembro dependiente de mi familia por mi proveedor medico. Autorizo cualquier quien tenga información medical/dental sobre mí y/o miembro de familia de ser revelada a la División de los Servicios de la Familia, los centros de Seguro Medicare, Medicaid (CMS), del seguro(s) aplicable, y/o de los agentes de estas compañías, y/o de la persona (s) alistada responsable, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o los benéficos para otros servicios relacionados.</p>	
<p><b>Consentimiento Para Inmunización:</b>                  Doy el consentimiento para que mi niño/a reciba todas las inmunizaciones recomendadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Entiendo que esta clínica sigue las guías del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades para el horario, la dosis, y las vacunas particulares en la administración de estas inmunizaciones.</p>	
<p><b>Política de Cuentas Financieras:</b>                  Por mi firma abajo, acuerdo con las Pólizas de la Cuenta Financiera dispuestas por Salina Family Healthcare Center. Una descripción detallada de la póliza de la cuenta financiera está disponible para todos los pacientes, por requisito.</p>	
<p><b>Divulgación de la cobertura de seguro:</b>                  También he revelado toda la cobertura de seguro medico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro medico del tercer partido será considerada fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.</p>	
<p><b>Reconocimiento de servicios:</b>                  Al firmar a continuación, yo reconozco que Salina Family Healthcare Center ofrece un modelo de cuidado integral donde evaluación y consulta de comportamiento de salud será parte del cuidado brindado al paciente – en un ambiente centrado –al paciente.</p>	
<p><b>Responsabilidad y Derechos del Paciente y del Centro:</b>                  Yo reconozco que he recibido una copia de la forma de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro de Saliana family Healthcare Center. Le pedimos a usted reconocer el recibo de este documento, firmando a continuación. Usted debe mantener una copia de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; sin embargo, si desea recibir otra copia usted puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actual de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; estará puesta en nuestra oficina. Yo reconozco que he recibido una copia de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro del centro de mi proveedor médico <u>20 de enero de 2022</u>.</p>	
<p><b>Aviso de Practicas de Privacidad:</b>                  Mantener la privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Se le ha ofrecido nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Le pedimos que reconozca que recibo este Aviso firmando a continuación. Debe conservar una copia del Aviso; sin embargo, si desea recibir otra copia, puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actualizada de este Aviso se publicará en nuestra oficina y en el sitio web. Reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro efectivo el <u>28 de octubre de 2020</u>.</p>	
<p><b>Visitas de televideo:</b>                  Doy mi consentimiento para las visitas de telemedicina, incluyendo las visitas médicas, de salud conductual, dentales, de farmacia, cuidado de ojos y de enfermería. Acepto utilizar la plataforma de videoconferencia para sesiones virtuales.                  * Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y las copias de su registro médico se aplican con esta consulta de telemedicina. Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal de Kansas se aplican a la información divulgada durante esta consulta / cita de telemedicina. Puede retener o retirar su consentimiento para la consulta o cita de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir cuidado o tratamiento en el futuro, ni correr el riesgo de perder o retirar beneficios de cualquier programa a los que de otro modo tendría derecho. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante la consulta, cita o servicio.</p>	
<b>Firma del Padre/guardián legal:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>