



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE FULTON**

Nombre del NIÑO que se vacunará: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor, imprima el nombre del niño

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Por favor imprima su nombre

Su dirección: _____

Calle

Departamento #

Ciudad

Estado

Código postal

Persona que tiene permiso para traer a mi hijo para vacunarlo(s): _____

(Por favor imprimir)

Información del seguro: (Marque la opción correspondiente)

___ Mi hijo no está asegurado ___ Mi hijo tiene seguro * o **Seguro de Medicaid *** (encierre el tipo en un círculo)

* Se requiere copia de la tarjeta

El niño mencionado anteriormente:

- | | | |
|---|-----------|-------------------|
| 1. ¿Ha estado enfermo con fiebre en las últimas 24 horas? | _____ No | _____ Sí |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido una alergia grave a los huevos, a un componente de una vacuna, al látex o a algún medicamento? | _____ No | _____ Sí |
| 3. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo del corazón, pulmón, riñón o enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, deficiencia del componente complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? | _____ No | _____ Sí |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión o un problema neurológico? | _____ No | _____ Sí |
| 5. ¿Tiene actualmente VIH, SIDA o un sistema inmunológico debilitado? | _____ No | _____ Sí |
| 6. ¿Está tomando cortisona, prednisona, otros esteroides, quimioterapia o tratamientos con rayos X en este momento? | _____ No | _____ Sí |
| 7. ¿Recibió una transfusión de sangre, plasma o un medicamento llamado inmunoglobulina en el último año? | _____ No | _____ Sí |
| 8. ¿Recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? | _____ No | _____ Sí |
| 9. Para las mujeres mayores de 10 años, ¿existe la posibilidad de que esté embarazada o quede embarazada en el próximo mes? | _____ N/A | _____ No _____ Sí |
| 10. Si tiene menos de 9 años, ¿se ha vacunado contra la gripe en el pasado? | _____ N/A | _____ No _____ Sí |

Consentimiento para los servicios de vacunación

Inicial _____ He contestado las preguntas de selección según mi leal saber y entender. **He recibido una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) sobre a las vacunas que se me administrarán hoy.** He leído la VIS o me la han explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s). Soy responsable del costo de los servicios de hoy que no estén cubiertos por el seguro. Doy mi consentimiento para que la(s) vacuna(s) indicada(s) en este registro se me administren a mí o a la persona designada por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Inicial _____ **Reconocimiento del uso de fotos, videos y comentarios por parte del Departamento de Salud del Condado de Fulton.** Entiendo que solo se utilizarán las fotos tomadas en esta fecha con mi consentimiento. También entiendo que no recibiré compensación por el uso de fotos, videos ni comentarios.

Firma: _____ Fecha: _____ (ver página siguiente)



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE FULTON

Reconocimiento y autorización de HIPAA

Inicial _____ Entiendo que, como parte del historial médico, FCHD mantiene un registro de vacunación. **El Aviso de Prácticas de Privacidad** de FCHD está publicado y se me proporcionará una copia si la solicito.

Inicial _____ **Autorizo el uso o la divulgación de mi información médica** para fines de tratamiento, pago y atención médica. También solicito el pago de beneficios gubernamentales. Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización y que FCHD no podrá como condición su realización para recibir los servicios. Esta autorización tiene una vigencia de 5 años a menos que yo la revoque por escrito. La coordinación estándar de la atención incluye el suministro de registros a proveedores, departamentos de salud, escuelas, guarderías, WIC y bases de datos del registro estatal de vacunación.

Soy el padre/madre/tutor del niño mencionado anteriormente. **Autorizo a la persona mencionada anteriormente a vacunar a mi hijo y confirmo que esta persona conoce su historial médico.** Le autorizo a tomar decisiones sobre las vacunas obligatorias y recomendadas que se le administrarán a mi hijo **solamente en esta visita**. Le he indicado que se comunique conmigo si tiene preguntas o inquietudes sobre las vacunas que se le administrarán después de leer la información sobre vacunas proporcionada por el Departamento de Salud. No responsabilizaré al Departamento de Salud del Condado de Fulton por ninguna decisión tomada por la persona que traiga a mi hijo para vacunar.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____