

# COVID-19/Forma de consentimiento para la vacuna de la influenza

**Por favor llene el formulario con los datos del paciente a ser vacunado**

INFORMACION DEL CLIENTE					
NOMBRE DEL PACIENTE (Apellidos, primer nombre, Segundo nombre)					SUFIJO (Jr, III)
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	EDAD <sup>†</sup>	TELEFONO (    )		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa	
DIRECCION		CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
SEXO DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	IDENTIDAD DE GENERO (opcional) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido		

### PARA MENORES DE 18 AÑOS O ADULTOS BAJO TUTELA

**Elegibilidad para VFC** *La persona debe ser menor de 19 años y contar con al menos uno de los siguientes requisitos para poder obtener la vacuna de la influenza sin costo.*

- Mi hijo(a) tiene cobertura médica por medio de SoonerCare/Medicaid
- Mi hijo(a) es indio nativo americano o nativo de Alaska
- Mi hijo(a) no tiene cobertura médica

**Relación del adulto con el cliente:**  Padre  Madre  Tutor/ guardián legal  Otro

Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 es una vacuna voluntaria que actualmente se administra bajo el estado de Autorización de uso de emergencia y solo un padre o tutor legal tiene la autoridad para dar su consentimiento para que un menor o adulto bajo tutela reciba esta vacuna. Al firmar este formulario, certifico que tengo la autoridad legal para hacerlo en nombre del paciente identificado anteriormente y que indemnizaré al Departamento de Salud del condado de Oklahoma City contra las impugnaciones a este consentimiento o mi estado como legalmente capaz de otorgar el consentimiento para esta vacuna.

Nombre impreso del tutor legal \_\_\_\_\_  
 Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_ (requerida solo para menores de 18 años)  
 Identificación del tutor con emisión estatal o federal # \_\_\_\_\_ (ejemplos: licencia, pasaporte, tarjeta consular etc.)

**Por favor seleccione una:**

- Mi hijo(a)/ adulto bajo tutela puede vacunarse sin mi presencia.
- Mi hijo(a)/ adulto bajo tutela *debe* ser vacunado en mi presencia.

**Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre la vacuna contra el COVID-19, necesito ayuda para completar este formulario o necesito cualquier otra información sobre COVID-19, puedo comunicarme con el Departamento de Salud del Condado de Oklahoma City al (405) 425-4489 antes de firmar este formulario o en el lugar de distribución de la vacuna.**

### CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN:

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento como paciente o para que el paciente mencionado anteriormente reciba los servicios solicitados del Departamento de Salud del Condado de Oklahoma City (en adelante, "OCCHD") y certifico que soy el paciente o que tengo autoridad legal para dar su consentimiento para estos servicios en nombre del paciente.

Autorizo la divulgación de esta información de vacunación a los funcionarios de salud pública, otros profesionales de salud, escuelas, guarderías y al Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que se llevará un registro de estos servicios en el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Oklahoma (OSIIS) con el propósito de compartir información sobre vacunas con otros proveedores de atención médica y realizar un seguimiento del inventario de vacunas únicamente. También se hará registro de estos servicios en los sistemas de información de gestión de OCCHD, según sea necesario.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea apropiada para procesar la facturación de Medicare / Medicaid, según sea necesario, y solicito que se asigne el pago a OCCHD.

Reconozco que puedo acceder a una copia del Aviso de privacidad HIPPA de OCCHD según lo exige la Ley de responsabilidad y portabilidad de la información médica (HIPPA) en <https://www.occhd.org/about/contact-us/hippa>.

He leído o me han explicado la Autorización de uso de emergencia (EUA) o la Hoja de información de vacunas (VIS) para las vacunas que estoy solicitando. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Creo comprender los beneficios y riesgos de los servicios que solicito para el paciente. Entiendo que el paciente, o yo, podemos rechazar los servicios en cualquier momento.

Reconozco que, por razones de salud y seguridad, se deben usar mascarillas en todo momento durante un evento de vacunación. Al firmar este formulario reconozco este requisito y acepto que yo, mi hijo(a) y / o el adulto bajo tutela usaremos una mascarilla durante el proceso de vacunación con OCCHD.

En caso de una emergencia, autorizo a OCCHD a administrar medicamentos de emergencia (epinefrina / Benadryl) al paciente y a obtener la atención médica necesaria que incluye, entre otros, asistencia paramédica y transporte a un hospital local para tratamiento u observación adicional.

Firma del paciente/padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Continúa en la parte de atrás*

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cliente \_\_\_\_\_

Cuestionario de elegibilidad para vacunas	SI	NO	NO SE
<b>PREGUNTAS GENERALES</b>			
¿El paciente se encuentra enfermo hoy?			
¿El paciente tiene historial de enfermedad del síndrome de Guillian-Barré (GBS)?			
<b>VACUNACION CONTRA LA INFLEUNZA TEMPORADA 2021-2022</b>			
¿El paciente es alérgico a los huevos u otro componente de la vacuna?			
¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción grave a una vacuna contra la influenza en el pasado?			
<b>VACUNACION CONTRA EL COVID-19</b>			
¿Ha recibido el paciente alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro Producto: _____ ¿Cuántas dosis de vacuna COVID-19 ha recibido el paciente? _____ Fecha de la vacunación COVID-19 más reciente: _____			
Ha tenido el paciente alguna vez una reacción alérgica a: <input type="checkbox"/> un componente de una vacuna contra el COVID-19, incluido cualquiera de los siguientes: - polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia - polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos con película y esteroides intravenosos <input type="checkbox"/> a una dosis previa de una vacuna contra el COVID-19 <input type="checkbox"/> a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable?			
¿Tiene el paciente antecedentes de miocarditis o pericarditis?			
¿Alguna vez el paciente ha sido diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19?			
¿El paciente tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?			
¿Ha recibido usted un trasplante de células madre hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T) desde que se vacunó contra el COVID-19?			
¿Tiene el paciente alguna condición médica o está el paciente recibiendo algún tratamiento que le cause ser gravemente o moderadamente inmunodeprimido? (VIH, cáncer, receptor de trasplante de órgano, terapia inmunosupresoras o altas dosis de corticoides, terapia de células CAR-T, HCT, Síndrome de DiGeorge o síndrome de Wiskott-Aldrich)			
Si recibe una tercera dosis / refuerzo de una vacuna contra el COVID-19, doy fe de que el paciente es elegible para la tercera dosis / refuerzo de la vacuna durante este evento según las pautas actuales de los CDC.			

*OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW*

Ask before administration: Is the client pregnant or breastfeeding? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
VFC Status: <input type="checkbox"/> 0-Not Eligible <input type="checkbox"/> 1-Medicaid <input type="checkbox"/> 2-Native American <input type="checkbox"/> 3-Native Alaskan <input type="checkbox"/> 4-Underinsured <input type="checkbox"/> 5-No Insurance <input type="checkbox"/> 6-Private Insurance		
COVID-19 Vaccine Mfr: Lot #: Exp. Date:	Site: <input type="checkbox"/> LT DELTOID IM <input type="checkbox"/> RT DELTOID IM <input type="checkbox"/> LT VAST LAT IM <input type="checkbox"/> RT VAST LAT IM	Dose (mL): _____ EUA given? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N EUA Dated: _____
Influenza Vaccine Mfr: Lot #: Exp. Date:	Site: <input type="checkbox"/> LT DELTOID IM <input type="checkbox"/> RT DELTOID IM <input type="checkbox"/> LT VAST LAT IM <input type="checkbox"/> RT VAST LAT IM	VIS given? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N VIS Dated: _____
Provider Signature:		