



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

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

Información del cliente				Date of Service:	
NOMBRE DEL CLIENTE (Apellidos)		(Primer nombre)		(Segundo Inicial)	SUFIJO (Jr., III)
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD†	TELÉFONO	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro	¿Podemos llamarle a este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	¿Podemos enviarle correo si es necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
GÉNERO (de nacimiento) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro			ESTADO DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> Oklahoma <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
¿Es diferente su identidad de género de lo que marcó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
RAZA(s) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		<input type="checkbox"/> Legalmente separado/a <input type="checkbox"/> Viviendo juntos (no casados) <input type="checkbox"/> Otro		SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> SoonerCare/Medicaid <input type="checkbox"/> BlueCross/BlueShield <input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

## 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) no tiene cobertura médica

Mi hijo(a) es indio nativo americano o nativo de Alaska

**Relación del adulto con el cliente:**  Madre  Padre  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 ser vacunado sin mi presencia.

Mi hijo(a)/adulto bajo tutela solo puede ser vacunado en mi presencia.

**Nombre de la persona que va a traer al cliente en su representación** \_\_\_\_\_ (apellidos, primer nombre)

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

**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) 419-4200 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: \_\_\_\_\_

CLIENT NAME (Last, First, MI):

DATE OF BIRTH:

MRN:

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 Guillain-Barré (GBS)?			
<b>VACUNACION CONTRA LA INFLEUNZA TEMPORADA 2023-2024</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: _____			
¿Tiene el paciente antecedentes de enfermedad por COVID-19 en los últimos 3 meses?			
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 (incluyendo antecedentes de un síndrome inmunomediado definido por trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina, o antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia)?			
¿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, o inmunodeficiencia primaria moderada o severa)			
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.			

**USO SOLAMENTE DE EMPLEADOS**

Ask before administration: Is the client pregnant or breastfeeding? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
VFC STATUS <input type="checkbox"/> 01-Not Eligible <input type="checkbox"/> 02-Medicaid <input type="checkbox"/> 03-No Insurance <input type="checkbox"/> 04-American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> 05-Underinsured <input type="checkbox"/> 06-Private Insurance		
Private Insurance: <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> HealthChoice <input type="checkbox"/> Medicare-Part B (Covers Flu/Hep B/Pneumococcal) <input type="checkbox"/> Other		
<b>COVID-19 Vaccine</b> 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: _____
Vaccine: <input type="checkbox"/> Pfizer 6mos-4yrs (Maroon cap & label) <input type="checkbox"/> Moderna 6mos-5yrs (Pink cap/yellow label) <input type="checkbox"/> Pfizer 5yrs-11yrs (Orange cap & label) <input type="checkbox"/> Moderna 6mos-5yrs (Pink cap/yellow label) <input type="checkbox"/> Pfizer 12yrs+ (Gray cap & label)		
<b>Influenza Vaccine</b> 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: _____
Funding: <input type="checkbox"/> Private Pay <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> VFC	Vaccine: <input type="checkbox"/> Fluarix QD <input type="checkbox"/> Fluzone QD <input type="checkbox"/> Fluzone High Dose <input type="checkbox"/> Flucelvax QD	
Provider Signature: _____		Date: _____