

Formulario de Consentimiento de OSIS para la entrada de datos de la Influenza estacional 2017-2018

PHOCIS

| | | | |
|--|--|---|--|
| Apellido | Primer Nombre | Inicial del 2do Nombre | Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____ |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | Grupo étnico Hispano Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Número de teléfono () _____ - _____ | |
| Raza Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otras Islas del pacífico <input type="checkbox"/> | | | |
| Apellido de soltera de la madre (Necesitado para niños menores de 18 años únicamente) | Elegibilidad para Vacunas de Niños <i>El niño debe de tener menos de 19 años de edad y tener por lo menos uno de los siguientes criterios para calificar por vacunas sin costo alguno.</i> Mi niño está asegurado por Soonercare/Medicaid Mi niño es Indio Americano o Nativo de Alaska Mi niño no tiene seguro. | | |

Por favor complete las siguientes preguntas de investigación: Las siguientes preguntas nos ayudarán para determinar si hay alguna razón por la cual no debería recibir la vacuna contra la influenza:

- ❖ ¿Está enferma la persona que será vacunada hoy? Si _____ NO _____ NO SE _____
- ❖ ¿Tiene la persona que va a ser vacunada alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna? Si _____ NO _____ NO SE _____
- ❖ ¿Ha tenido la persona que va a ser vacunada alguna reacción seria a la vacuna de la gripe en el pasado? YES _____ NO _____ NO SE _____
- ❖ ¿Ha tenido la persona que va a ser vacunada el síndrome de Guillain-Barre? Si _____ NO _____ NO SE _____

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que yo o mi niño/a recibamos las vacunas del Departamento de Salud de la Ciudad y del Condado de Oklahoma. Yo entiendo que los riesgos y beneficios de estos servicios me serán explicados y que tendré la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo que puedo rechazar los servicios en cualquier momento. Yo, el abajo firmante, a través de la presente autorizo al Departamento de Salud de la Ciudad y del Condado de Oklahoma para divulgar mi información de mi certificado de vacunas o el de mi hijo/a a los siguientes proveedores: oficiales públicos de salud, escuelas, guarderías y al Departamento de Recursos Humanos. Reconozco que me han ofrecido una copia de las Normas de Privacidad como es requerido por Health Insurance Portability and Accountability Act. Yo, el abajo firmante autorizo la divulgación de la información médica o cualquier otra información necesaria para procesar la facturación de Medicare/Medicaid. Yo también solicito que el pago sea asignado al Departamento de Salud de la Ciudad y del Condado de Oklahoma. Los pacientes de Medicare/ Medicaid pueden recibir una carta como parte de los procedimientos contra el fraude de Medicare/Medicaid. Por favor tenga en cuenta que estas cartas no buscan pago por servicios dados a los pacientes.

Firma del paciente o padre/ guardián legal: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente/ guardián legal: _____

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------|-------------------|---|--|
| For Clinic Use Only – Do Not Write In Grey Areas | | | | | |
| VFC Status: | 0 – Not Eligible <input type="checkbox"/> 1 – Medicaid <input type="checkbox"/> 2 – Native America <input type="checkbox"/> 3 – Native Alaskan <input type="checkbox"/> 4 – Underinsured <input type="checkbox"/> 5 – No Insurance <input type="checkbox"/> 6 – Private Insurance <input type="checkbox"/> | | | | |
| Date Given | Given By (First Initial, Last Name) | Vaccine Name in OSIS | Lot Number | Site/Route (Circle number on line next to vaccine) 1- RT Vast Lat IM 2- LT Vast Lat IM 3- RT Deltoid IM 4- LT Deltoid IM 9- Other (nasal spray) 13-RT Deltoid ID 14-LT Deltoid ID | |
| | | Injection – 1398 | | 1 2 3 4 13 14 | |