

Consentimiento para Vacunación de JYNNEOS

Por favor imprima claramente

Información del cliente					
NOMBRE LEGAL (Apellidos)	(Primer nombre)	(Segundo Inicial)	SUFIJO (Jr., III)		
NOMBRE PREFERIDO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD	TELÉFONO () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		
CORREO ELECTRÓNICO					
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
GENERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido			
RAZA <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro					
Cuestionario de elegibilidad para vacunas			SI	NO	NO SE
Se ha sentido enfermo, tenido fiebre, o desarrollado un sarpullido nuevo en los últimos 5 días?					
¿Ha sido diagnosticado con la viruela del mono durante el brote que empezó en mayo 17, 2022?					
Ha recibido una dosis de la vacuna de la viruela del mono o de la viruela? <input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> JYNNEOS Fecha de vacunación: _____ <input type="checkbox"/> Fecha desconocida					
Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata (ronchas, hinchazón facial, dificultad para respirar, o anafilaxia) a lo siguiente: <input type="checkbox"/> Una dosis anterior o cualquier componente de la vacuna JYNNEOS <input type="checkbox"/> Gentamicina o ciprofloxacina <input type="checkbox"/> Pollo o proteína de huevo O actualmente evitando productos de pollo o huevo?					
¿Está usted propenso a cicatrices queloides? (tejido elevado, engrosado en el área de una lesión de la piel que ha sanado)					
¿Está usted actualmente embarazada, piensa que está embarazada, planeando quedar embarazada, o está amamantando?					
Está usted moderadamente o severamente inmunodeprimido debido a un problema de salud o por estar recibiendo medicamentos o tratamientos inmunodepresores?					
¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?					
¿Ha recibido una vacuna de ARNm contra el COVID-19 en las últimas 4 semanas?					
Evaluación de Elegibilidad					
¿Ha tenido contacto de piel a piel con una persona confirmada por un laboratorio de tener viruela del mono dentro de los últimos 14 días?					
¿Ha tenido relaciones sexuales u otro contacto de piel a piel en un evento o lugar que haya sido conectado con casos de viruela de mono en los últimos 14 días?					
Doy fe que el paciente es elegible bajo las pautas actuales de recibir la vacuna que esta solicitando hoy.					

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. 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.

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 Hoja de Información de Vacunas (VIS) para la vacuna que estoy solicitando. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Creo comprendes 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.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW

Ask before administration:

Is the patient allergic to any component of the vaccine? Y N

Has the client been diagnosed with MPV during the outbreak beginning May 17, 2022 Y N

The patient is: Contact of Confirmed MPX case Other

Vaccine Details - JYNNEOS

Mfr: Bavarian Nordic

Lot #: _____ Exp. Date: _____

NDC: 50632-0001-01 Dose (mL): _____

Site:

LT UA SC RT FA ID

RT UA SC LT FA ID

VIS/EUA given? Y N

VIS/EUA Dated: _____

Provider Comments:

Provider Signature: _____

Date: _____

Vaccine Location: _____