

Forma de Consentimiento para las Vacunas/Examen del T.B en la piel

Nombre: _____ **Hora:** _____

Se me ha ofrecido una copia de “La Declaración sobre la Información de las Vacunas” (DIV) señaladas abajo. He leído, se me ha explicado y he entendido la información que se me proporcionó sobre (DIV). Solicito que la(s) vacuna(s) marcadas abajo se me pongan o se la den a la persona nombrada, para quien tengo la autorización de hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para compartir los datos de estas inmunizaciones con las escuelas y que se incluya en el “Registro de Inmunizaciones de Kansas” para mí o para la persona nombrada.

- DTaP Hep A Hep B Hib Polio/IPV Neumococal Tdap Td MMR
Varicela Rotavirus HPV Meningocccal Tifoidea Fiebre Amarilla Influenza Otra

Firma de la persona o persona responsable (padre o tutor): _____ **Fecha:** _____

VACUNAS PARA VIAJAR AL EXTRANJERO: Por favor escriba los países que va a visitar _____

Fecha de Salida: _____

Cuestionario para las Vacunas		
1. ¿La persona que recibirá la vacuna está enferma ahora mismo, o presenta fiebre alta?	__Si	__No
2. ¿La persona que será vacunada, en el pasado, ha tenido una reacción seria a una vacuna?	__Si	__No
3. ¿La persona que será vacunada tiene alguna alergia que produce una severa reacción (anafiláctico)?	__Si	__No
4. ¿La persona que será vacunada ha tenido una convulsión o algún otro problema neurológico?	__Si	__No

SI LA PERSONA QUE VA A SER VACUNADA SOLO NECESITA LA VACUNA PARA LA INFLUENZA . HASTA AQUÍ CONTESTE

5. ¿La persona que será vacunada tiene algún problema médico que le cuesta trabajo para combatir infecciones?	__Si	__No
6. ¿La persona que será vacunada tiene contacto cercano, o constante con alguien que tiene su sistema inmune debilitado?	__Si	__No
7. ¿La persona está actualmente tomando algún medicamento?	__Si	__No
8. ¿La persona está tomando cortisona, prednisona, u otros esteroides, o medicamentos para el cáncer, o ha tenido tratamientos con rayos-X ?	__Si	__No
9. ¿La persona que será vacunada ha recibido sangre, plasma o inmunoglobulina en los últimos doce meses?	__Si	__No
10. ¿La persona que será vacunada está embarazada o tiene planes de embarazarse en los próximos tres meses?	__Si	__No
11. ¿La persona que será vacunada fuma o vive con alguien que fuma?	__Si	__No

Cuestionario para el examen de T.B. en la piel
 Conteste las siguientes preguntas- sólo aplican para la persona que recibirá la prueba de T.B en la piel.

1.-Escriba la razón por la que pide la prueba de T.B. en la piel		
2. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva de T.B. en la piel?	__Si	__No
3. ¿Alguna vez ha tenido o ha sospechado tener tuberculosis?	__Si	__No
4. ¿Ha tenido recientemente contacto directo con alguien que tenga tuberculosis?	__Si	__No
5. ¿Ha recibido las vacunas de Sarampión, Paperas, Rubeola, o Varicela durante el último mes?	__Si	__No
6. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica severa al fenol?	__Si	__No
7. ¿Tiene una enfermedad crónica como (leucemia, enfermedad de Hodgkin, diabetes, VIH, alcoholismo, o enfermedad de riñón)?	__Si	__No
8. ¿Ha tenido contacto sexual o compartido agujas con alguien que tenga o esté en riesgo de tener HIV/SIDA?	__Si	__No
9. ¿Ha tomado corticosteroides o terapia inmunosupresora en las últimas 6 semanas?	__Si	__No
10. ¿Ha tenido una infección viral en las últimas 6 semanas (ejemplo: Varicela, Paperas, Sarampión o gripe)?	__Si	__No
11. ¿Ha nacido usted en otro país o ha recibido la vacuna contra la tuberculosis (BCG)?	__Si	__No
12. ¿Ha vivido en otro país en los últimos cinco años?	__Si	__No

Yo entiendo que necesito regresar en 48 a 72 horas para que se me revise la prueba de T.B. en la piel.

Clinic Office Use Only:							
___T19-MED	___No insurance	___Native Am/Alaska Native	___Underinsured	___Underserved	___T21-SCHIP	___Insured	_____Time Given

Pago para las Vacunas

Usted ha pedido vacunas que requieren pagarse en el momento del servicio.
Aquí esta una lista de las vacunas y sus precios actuales. (**los precios pueden cambiar**).

Si usted está aquí para recibir vacunas porque va a salir del País, la enfermera revisará el costo de las vacunas requeridas o recomendadas basadas en su destino. **Cientes \geq 60 años de edad que ha recibido la vacuna de Fiebre Amarilla necesitan una orden de su doctor antes de ser vacunados.**

Costo de la consulta para recibir las vacunas para el extranjero.....	\$14
Meningitis	\$129
Fiebre Amarilla	\$166
Hepatitis A para edades 12 meses-19 años	\$50
Hepatitis A para 19 años de edad y mayores	\$57
Hepatitis B hasta 20 años	\$37
Hepatitis B para 20 años y mayores	\$64
HPV (Gardasil)	\$212
Inyección para Tifoidea	\$86
Polio	\$51
SPR (Sarampión, Paperas y Rubeola)	\$88
Varicela	\$133
Twinrix (Hepatitis A & B combinadas) para 19 años y mayores	\$95
Tdap para edades 11 años y mayores	\$61
Td(cuando la Tdap no es recomendada)	\$46

***Debido al hecho de que las compañías de seguros (incluyendo BC / BS) por lo general no cubren el costo de las vacuna para viajar, pedimos el pago completo el día del servicio. Estamos dispuestos a presentar una reclamación por usted. Le reembolsaremos cualquier dinero que nos haya pagado o puede presentar la reclamación directamente**

Pago

Se acepta efectivo, cheque, tarjeta de débito o crédito (Mastercard o Visa) como pago. Estoy preparado para pagar hoy. (Marque el método de pago)

Efectivo ____ Cheque ____ Tarjeta de débito ____ Tarjeta de crédito ____

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____