

**Formulario de Consentimiento/Documentación de Vacunas de la División de Salud del Condado de Sedgwick**

Se me ha ofrecido una copia de la(s) Declaración(es) de Información sobre la Vacuna (VIS) marcada a continuación. He leído, me han explicado y entiendo la información en el VIS(s).

Solicito que la(s) vacuna(s) marcadas a continuación me sean aplicadas a mí o a la persona nombrada a continuación, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de inmunización en el Registro de Inmunizaciones de Kansas para mí o en nombre de la persona nombrada a continuación.

**RECONOCIMIENTO DE "AVISO" DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Reconozco que una copia del "Aviso" de Prácticas de Privacidad del Condado de Sedgwick se puso a mi disposición con vigencia del 1 de julio de 2013.

**AUTORIZACIÓN PARA EL SEGURO Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Solicito que el pago de los Beneficios Médicos autorizados facturados a un seguro (incluidos Medicare, Medicaid y KanCare) se haga en mi nombre a la División de Salud del Condado de Sedgwick por cualquier servicio que me proporcione dicho centro. Autorizo a cualquier persona que tenga información sobre mí para que divulgue a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes toda la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. La División de Salud del Condado de Sedgwick presenta cobros al seguro como cortesía. Esto constituye una notificación previa para usted, el beneficiario, de que si el proveedor cumple con todos los requisitos del programa, pero Medicaid o cualquier otra cobertura de seguro no realiza el pago, usted puede ser responsable de los cargos.

<input type="checkbox"/> Dtap	<input type="checkbox"/> Hep A	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> Inmuno-globulina	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Hep B	<input type="checkbox"/> Meningocócica	<input type="checkbox"/> Herpes zoster	<input type="checkbox"/> Rabia	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> TD	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Tifoidea	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> Otro _____

**Firma del paciente o padre/madre o tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde del paciente/padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha nacimiento del padre/madre** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA CONTACTAR: marque todas las que correspondan**

Esta información se puede usar para contactarme para recordatorios de citas o vacunas para mí o para quienes yo soy el padre/madre/tutor. \_\_\_\_\_

Teléfono     Texto     Correo     Correo electrónico (favor proveerlo) \_\_\_\_\_

Información del paciente				
Apellido	Primer nombre	Teléfono	Edad	Fecha nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
	Hispano o Latino Sí ___ No ___	Raza		
Médico de atención primaria	Género M ___ F ___	___ Asiático ___ Negro o afroamericano ___ Caucásico/Mexicano/Puerto Riqueño	Nativo americano o de Alaska Otro Nativo de Hawái o Islas del Pacífico	
Cuestionario de evaluación de vacunas				
1. ¿La persona a vacunar está enferma o tiene fiebre alta?			___ Sí	___ No
2. ¿La persona a vacunar ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?			___ Sí	___ No
3. ¿La persona a vacunarse tiene alguna alergia que produce una reacción severa (anafiláctica)?			___ Sí	___ No
4. ¿La persona a vacunar ha tenido convulsiones u otros problemas neurológicos?			___ Sí	___ No
5. ¿La persona a vacunarse tiene algún problema médico que le dificulte combatir una infección?			___ Sí	___ No
6. ¿La persona a vacunarse tiene contacto cercano y regular con alguien que tiene un sistema inmune débil?			___ Sí	___ No
7. ¿La persona toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o recibió un tratamiento de rayos X?			___ Sí	___ No
8. ¿La persona a vacunarse recibió sangre, plasma o inmunoglobulina en los últimos doce meses?			___ Sí	___ No
9. ¿La persona a vacunarse está embarazada o pensando quedar embarazada dentro de los próximos tres meses?			___ Sí	___ No
10. ¿Cuándo tuvo su último periodo menstrual?		Fecha: _____	N/A	
11. ¿Fuma?			___ Sí	___ No
Si es así, ¿planea dejar de fumar en los próximos 30 días?			___ Sí	___ No
Elegibilidad del paciente				
___ T19    ___ Sin seguro de salud    ___ Nativo Americano o de Alaska    ___ T21    ___ Completamente asegurado				
___ Sub-asegurado (el seguro no cubre vacunas)				
___ Sub-atendido (El copago o deducible del seguro es tan alto que le impide obtener las vacunas))				