



Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna (viva, intranasal) contra la influenza (gripe): Lo que necesitas saber
Declaración de información sobre vacunas

- 1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

DECLARACION: Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Provider Identification Number: _____

Medicare Beneficiary Identifier (MBI): _____

Vacuna que se va a dar: [] Vacuna viva, intranasal contra la influenza (gripe)

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Form with sections: Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta), Apellido, Nombre, Inicial, Fecha de nacimiento, Sexo, Dirección, Ciudad, Condado, Estado, Código postal, Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):

Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)

Form with fields: Clinic / Office Address, Date Vaccine Administered, Vaccine Manufacturer, Vaccine Lot Number, Site of Injection, Title of Vaccine Administrator, Signature of Vaccine Administrator, Date VIS Given

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.