

# 2023 - 2024 Formulario de Registro y Consentimiento Para la Vacunación Contra la Influenza

--	--

## Información sobre la persona que recibirá la vacuna:

Nombre: (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha de Nacimiento: / /		Edad*	Sexo (Circule): Masculino Femenino
RAZA: (Encierre en un círculo) Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Nativo Norteafricano Asiático		Negro o afroamericano Nativo de Hawái o otra isla del Pacífico Hispano o latino		Medio Oriente Blanco Otro	
Dirección:					
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:		

## Información primaria del seguro:

Nombre de la compañía de seguros:	Número de identificación del miembro:	Número de identificación del grupo:
-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

## Información secundaria del seguro:

Nombre de la compañía de seguro:	Número de identificación del miembro:	Número de identificación del grupo:
----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

## Si la persona que se va a vacunar no es el suscriptor, completa lo siguiente:

Nombre del suscriptor: (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /	Sexo: (Circule) Masculino Femenino
Relación del paciente con el suscriptor: (Circule)*      Cónyuge      Hijo      Otra		

Todas las personas vacunadas deben responder las preguntas numeradas del 1 – 5:	Circule Si, No, No Sé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	SI NO NO SÉ
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún ingrediente de la vacuna?	SI NO NO SÉ
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	SI NO NO SÉ
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	SI NO NO SÉ
5. ¿La persona que va a ser vacunada alguna vez se ha sentido mareado o se ha desmayado ante, durante o después de una inyección?	SI NO NO SÉ

Todas las personas vacunadas deben responder las preguntas numeradas del 6 – 17:	Circule Si o No
6. ¿Le preocupa que ahora o en el futuro pueda perder su hogar?	SI NO
7. ¿Le preocupa que ahora o en el futuro no tenga suficiente comida para usted y su familia?	SI NO
8. ¿Le preocupa que ahora o en el futuro, alguna de sus utilidades como la electricidad o el gas pueda ser cortada?	SI NO
9. ¿Le resulta difícil pagar lo básico como la comida, la renta, atención médica o calefacción?	SI NO
10. ¿Se siente físicamente y emocionalmente seguro/a en su hogar?	SI NO
11. ¿Se le hace difícil conseguir cuidado de niños para poder trabajar?	SI NO
12. ¿Tiene un médico de atención primaria (doctor de cabecera, doctor de familia)?	SI NO
13. ¿Tiene seguro médico?	SI NO
14. ¿Tiene acceso a internet en su hogar?	SI NO
15. ¿Ha dejado de ir al médico porque no tiene transporte?	SI NO
16. ¿Si necesita ayuda con sus actividades diarias como bañarse, prepara comida, o ir de compras tiene la ayuda que necesita?	SI NO
17. Si corresponde, ¿acepta recibir una llamada telefónica con respecto a sus respuestas a las preguntas del 6 a 17?	SI NO

**POR FAVOR TAMBIÉN COMPLETA LA PARTE DE ATRAS DE ESTE FORMULARIO**

**Por favor lea:** Este formulario se ingresará en el Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts (MIIS) según lo REQUIERE MGL Cap. 111 Sección 24M. El MIIS es un sistema de rastreo estatal computarizado y confidencial. Los registros de vacunación se pueden compartir con proveedores de atención médica, enfermeras escolares, juntas locales de salud y agencias estatales relacionadas con la vacunación. Consulte el formulario de objeción si elige no compartir los datos de inmunización.

**Proporcione su consentimiento**

**Estoy de acuerdo que:**

1. La información que proporcioné es correcta.
2. Me han proporcionado la(s) declaración(es) de información sobre la vacuna y/o la hoja informativa de la EUA (generalmente para las vacunas contra el COVID 19) para destinatarios y cuidadores que tiene información sobre los efectos secundarios, riesgos y beneficios de la vacuna o vacunas para las que me estoy registrando. Podré hacer preguntas en el momento en que reciba mi inmunización.
3. Entiendo y acepto que ciertas vacunas pueden no ser apropiadas para ciertas poblaciones o personas con ciertas condiciones o síntomas. Antes de recibir la vacuna, he tenido la oportunidad de consultar con un proveedor de cuidado de la salud. Doy fe de que he sido informado de los riesgos de recibir la vacuna. Entiendo que yo tendré la oportunidad de hacer más preguntas a un médico cuando esté en el sitio de vacunación y podre rechazar la vacuna si no es apropiada para mí.
4. Si tengo un seguro que me cubre a mí y/o a la persona que estoy registrando, doy permiso para que la factura sea mandada a mi seguro.
5. Entiendo que, según lo exige la ley estatal, todas las vacunas se informarán al Departamento de Salud Pública Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts (MIIS). Esta información será tratada como información médica confidencial y se usará solo según lo permita la ley. Puedo acceder a la hoja informativa de MIIS para padres y pacientes, en [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis), para obtener información sobre el MIIS y qué hacer si me opongo a que se compartan datos con otros proveedores en el MIIS.
6. Tengo la autoridad legal para, y por lo presente doy, consentimiento para mí o para cualquier otra persona que registré para ser vacunado bajo este programa (y en caso de que me registre para alguien que no sea yo, las referencias antes de esta oración a "yo" se refiere al paciente).

Acepto los Términos de servicio de Color y reconozco que he recibido y tuve la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad.

X \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente, padre o tutor legal)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Sólo para personal de la clínica:**

Date of Service	Vaccine Name	Vaccine Mfgr.	Lot Number	Exp. Date	Dose (ml)	Inject. Route	Injection Site		VIS Date	Date VIS Given	State Supplied	Preserv Free
		SANOFI				IM	R Arm	L Arm	8/21/21		N	N

Provider Name: City of Fitchburg

MDPH Provider PIN#: 10499

Provider Address: 718 Main Street, Fitchburg, MA 01420

Signature of Vaccine Administrator: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_