

Vaccine Consent Form-Spanish

Davies Clinic

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

	Si	No
1. ¿Has tenido fiebre en los últimos días?		
2. ¿Has tenido una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?		
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a la gelatina (M,V,Y), neomicina (M,P,V, Y), polimix B o estreptomycin (P), levadura (H, VPH), huevos (I), timerosal (I) o látex (C)?		
4. ¿Está embarazada, amamantando o planea quedarse embarazada en los próximos 28 días (VPH, J, M, V Y)?		
5. ¿Has tenido una convulsión en el pasado (MCV4, T)?		
6. Have you been diagnosed with cancer, leukemia, AIDS, or other immune system problem (M, R, V, Y)?		
7. En las últimas cuatro semanas, usted ha tomado cortisona, prednisona, u otros esteroides (M, R, V, Y)?		
8. ¿Está tomando un medicamento que puede debilitar su sistema inmunitario (como Cytoxan, Enbrel, Humira, Methotrexate o Remicade) (M, R, V, Y)		
9. ¿Ha tenido linfoma, VIH o ha estado en quimioterapia o radioterapia en los últimos 3 meses (M, R, V, Y)?		
10. Durante el año pasado, ¿ha recibido una transfusión o se le ha administrado una globulina inmune (gamma)? (M,V)		
11. En las últimas cuatro semanas, ¿ha recibido alguna de las siguientes vacunas: sarampión, paperas, rubéola, varicela o fiebre amarilla? (M, V, Y)		

Declaración del paciente

He tenido la oportunidad de revisar el VIS (hoja de información sobre vacunas) de las vacunas que estoy recibiendo hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la(s) vacuna(s), incluidos los riesgos y beneficios, y esas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y doy mi consentimiento para que me den la vacuna o vacunas o a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a dar su consentimiento.

Firme aquí: _____ Fecha: _____



Vaccine Order:

Pediatrics	Adult	2-4 month	15 month
Bexsero	Bexsero	Pediarix	DTaP
DTaP	Hep A	Hib	
Hib	Hep B	Prevnar 13	18 month Hep A
Hep A	HPV	Rotarix	
Hep B	Menactra		4 year Kinrix
HPV	MMR	6 month Prevnar 13	ProQuad
Menactra	Prevnar	Pediarix	
MMR	Pneumovax	Hib	11 year HPV
IPV	Shingrix		Menactra
Tdap	Td	12 month ProQuad	Tdap
Varivax	Tdap	Hep A	
		Hib	16 year Menactra
		Prevnar 13	
Influenza			
½ dose			
Regular			
High			

Vaccine Consent Form-Spanish

Davies Clinic

Provider: _____ Date: _____

Vaccines administered by: _____

Date: _____

Stickers from vaccines administered (indicate site vaccine was given):

Vaccine Footnotes:

C = consult package

MCV4 = Meningococcal

H = Hepatitis B

P = Inactivated Polio

HPV = Human Papillomavirus

R = Rotavirus T = DTaP, Td, Tdap

I = Influenza

V = Varicella (not Shingrix)

M = MMR/MMR-V

Y = Yellow Fever