



ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS VISITANTES DEL GRAN ST. LOUIS (VNA)
CONSENTIMIENTO PARA TRATAR / CESIÓN / LIBERACIÓN

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre MI Apellido
Dirección Número Nombre de la calle Sexo
Código postal de la ciudad-estado
Edad Fecha de nacimiento Código de área Número de teléfono
Correo electrónico (opcional)

Raza: blanco afroamericano / negro hawaiano / isleño del Pacífico Amer. Indio / nativo de Alaska Amer asiático. dos o más razas
Origen étnico: Hispano/Latino No hispanos/latinos
 Copia del seguro Tarjeta (Copia de la tarjeta debe adjuntarse) Efectivo
 Aetna Escudo Azul Cruz Azul Cigna Coventry HealthLink (enlace de salud) Humana CSU
 Medicaid (Círculo Uno): Missouri HealthNet/Missouri Care/Homestate/UHC
 Sin seguro

(Iniciales) He leído y se me ha ofrecido recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad antes de los servicios, y he tenido la oportunidad de que mis

Estado de elegibilidad de VFC (seleccione uno): Medicaid sin seguro de salud indio amer / nativo de Alaska

Nombre del suscriptor:
Seguro Número de identificación

VACUNAS QUE SU HIJO PUEDE RECIBIR

Hepatitis B DTaP (Difteria-Tos ferina-tétanos) MMR (Sarampión-Paperas-Rubéola) Polio Varicela

RECONOCIMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

No hay reacción alérgica potencialmente mortal a una dosis previa de la(s) vacuna(s) seleccionada(s) anteriormente, incluidos los antibióticos neomicina, estreptomicina o polimixina B • No hay alergia potencialmente mortal a la levadura o a cualquier otro componente de la vacuna • No está moderada o gravemente enferma • No está embarazada • Inmunocomprometida o aquellos que están recibiendo terapia inmunosupresora pueden no tener la respuesta inmune esperada • Para **DTaP** vacuna, hable con su médico si el niño tuvo fiebre de 105 ° F, lloró sin parar durante 3 horas o más, sufrió una enfermedad cerebral o del sistema nervioso dentro de los 7 días o tuvo una convulsión o colapsó después de una dosis de DTaP • Si recibe una **VACUNA contra la hepatitis B**, se le puede pedir que espere 28 días para donar sangre • Para **la vacuna MMR** y **varicela**, notificar al personal si el paciente ha recibido otra vacuna en las últimas 4 semanas, ha recibido recientemente una transfusión o ha recibido otros productos sanguíneos o tiene tuberculosis.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a VNA a divulgar todos los registros e información relacionada con mi vacunación a mi escuela, a cualquier tercero pagador, a cualquier otro proveedor de atención médica y a cualquier agencia gubernamental federal o estatal, con el fin de obtener el pago o para facilitar el cumplimiento de la ley.

CESIÓN DE PRESTACIONES

Reconozco que VNA puede no ser un proveedor para mi seguro y puede que no presente un reclamo de reembolso. También reconozco que, incluso con un recibo pagado, puede que no haya una garantía de reembolso. **ACEPTO PAGAR LA(S) CANTIDAD(ES) NO PAGADA(S) O SI MIS CARGOS SON DENEGADOS POR CUALQUIER MOTIVO. ACEPTO PAGAR TODOS Y CADA UNO DE LOS COSTOS DE COBRO, INCLUIDOS LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y LOS COSTOS JUDICIALES, SI ESTA CUENTA SE ENVÍA A UN BUFETE DE ABOGADOS O AGENCIA EXTERNA PARA COBROS.**

RECONOCIMIENTO

He leído y me han ofrecido recibir una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS)* antes de mi(s) vacuna(s). Entiendo todos los riesgos y beneficios involucrados y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. • Acepto permanecer en el área general durante 15 minutos después de recibir mi vacuna para asegurarme de que no ocurran reacciones inmediatas. Entiendo que si experimento algún efecto secundario, será mi responsabilidad hacer un seguimiento con mi médico a mi cargo. Las reacciones locales pueden incluir enrojecimiento, hinchazón o dolor en el lugar de la inyección. Las reacciones generales pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, síntomas similares a los de la gripe, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de espalda, erupción cutánea e insomnio. Las reacciones graves pueden incluir síndrome de Guillain-Barre, anafilaxia, convulsiones y muerte. La lista de reacciones no es todo incluido, consulte VIS. • Por la presente libero y eximo de responsabilidad a la Asociación de Enfermeras Visitantes del Gran St. Louis, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas, voluntarios y empleados, de todas y cada una de las responsabilidades o reclamos, ya sean conocidos o desconocidos que surjan de, o en conexión con, o de alguna manera relacionados con la administración de las vacunas enumeradas. encima.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA

He leído este consentimiento y autorizo a VNA a administrarme la(s) vacuna(s) seleccionada(s) a mí o a la persona nombrada anteriormente para la cual estoy autorizado a sign. _____/_____

Fecha de firma de la persona, padre o tutor legal que recibe la vacuna / Relación con el paciente _____

SOLO PARA USO CLÍNICO. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA.

Identificación de la clínica # _____

*VIS: Multi: Hepatitis B (Rev. 15/10/21), DTap, Polio, MMR y Varicela (Rev.8/6/21)

Padres - Complete las porciones sombreadas

sobre

314-918-7171



SOLO PARA USO CLÍNICO

Nombre del paciente: _____

Preguntas médicas:

¿La paciente está embarazada? Sí o No

¿El niño tiene fiebre hoy? Sí o no

Hepatitis B Ruta IM Cuerpo Sitio RD LD Dosis 1 2 3 Lote Administrado: _____

(GSK-Engerix-B)

Firma de enfermera de VNA

Enfermera escolar: _____

DTap Route IM Body Site RD LDDose 1 2 3 4 5 Lote dado: _____

(GSK-Infanrix)

Firma de enfermera de VNA

Enfermera escolar: _____

Polio Route IM Body Site RD LD Dosis 1 2 3 4 Lote: _____ (Sanofi-Pasteur-

IPOL)

Firma de enfermera de VNA

Enfermera escolar: _____

MMR Ruta SQ Body Site RD LD Dosis 1 2 Lotes: _____

(Merck-MMRII)

Firma de enfermera de VNA

Enfermera escolar: _____

Varicella Route SQ Body Site RD LD Dosis 1 2 Lote dado: _____

(Merck-Varivax)

Firma de enfermera de VNA

Enfermera escolar: _____

Para ver el Aviso de prácticas de privacidad para la Asociación de Enfermeras Visitantes, visite nuestro sitio web en www.vnastl.org o llámenos al 314-918-7171 para que le envíen una copia.