

Formulario de consentimiento para vacunación



Información sobre la persona que recibe la vacuna:

Nombre: _____ F. de nac: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Empleador: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ CP _____

Antecedentes

- Sí No ¿El paciente o alguna persona con quien vive tiene
- cáncer, leucemia o linfoma?
- cualquier enfermedad que disminuye la resistencia a infección?
- ¿El paciente:
- recibe esteroides, medicamentos anticáncer o radioterapia?
- tiene antecedentes de convulsiones o trastornos neurológicos?
- tiene antecedentes previos de reacciones serias a la vacuna?
- se encuentra embarazada o amamantando?
- recibió otra vacuna dentro de los 30 días?
- tiene antecedente de alguna infección activa o enfermedad?
- recibió transfusión de sangre o inyección de globulina en los últimos 90 días?

Consentimiento

He recibido la Declaración de Información de Vacuna (VIS). He leído o me han explicado la información en esta declaración con respecto a:

- Tétanos, Difteria
- Difteria, tetanos y pertussis
- Sarampión, parotiditis y rubéola
- Gripe hemofílica tipo b
- Enfermedad neumocócica
- Polio
- Gripe
- Hepatitis B
- Fecha de public. de VIS _____

He tenido la oportunidad de leer la tarjeta VIS y de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Creo entender los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que me apliquen a mí o a la persona nombrada anteriormente las vacunas inicialadas.

Vacuna	Fecha/Hora	Dosis	Fabricante	Lote #/ F.de Venc.	Lugar	Firma	Alergias	Sí No		Sí No	
Tétanos (TT)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Timerosal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tétanos y Difteria (Td o DT)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Timerosal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Difteria, Tétanos y Pertussis (DTP)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Timerosal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rubéola	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Neomicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sarampión	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Neomicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Parotiditis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Neomicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sarampión-Rubéola	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Neomicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sarampión-Parotiditis-Rubéola	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Neomicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conjugada b hemofílica	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
Gripe	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Timerosal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Polio oral	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
Polio inyectable	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
Hepatitis B	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Levadura de cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rabia	_____	_____	_____	_____	_____	_____					

(Testigo)

(Firma del paciente)

(Fecha)

Si el paciente no es capaz de prestar consentimiento o es menor, complete lo siguiente:

El paciente (es un menor de _____ años de edad o) es incapaz de prestar consentimiento por la siguiente razón:

(Testigo)

(Firma del familiar más cercano o tutor legal)

