

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH
CONSENTIMIENTO Y EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN. VACUNA ANTIGRI PAL 2023-2024

PREGUNTAS DE SELECCIÓN: Si responde "sí" a alguna de las preguntas, quizás no pueda vacunarse hoy.		Sí	No
1.	¿Tiene una alergia grave al huevo?		
2.	¿Tiene alergia al Timerosal?		
3.	¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave a alguna vacuna, incluidas las anteriores de la gripe?		
4.	¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré?		

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:			
Apellido:	Nombre:	Inicial del 2° nombre:	Fecha de nacimiento:
Si tiene menos de 18 años. Padre o tutor:			
Nombre del padre o tutor:		Teléfono preferido:	Parentesco con el paciente:

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA: Si el registro electrónico (e-Check-In) está disponible y lo completó en MyBSWHealth, no necesita llenar la sección de información demográfica ni del seguro médico.				
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de otras islas del Pacífico		Origen étnico: Hispano o latino	
N.º de Seg. Social: XXX - XX - _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Teléfono preferido:	Correo electrónico:		Médico de atención primaria:	

SEGURO MÉDICO:				
Compañía de seguros:	Nº de grupo:	Nº de póliza:	Nombre del afiliado:	Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI NO TIENE SEGURO MÉDICO O SI ESTE ES INSUFICIENTE				

Al firmar a continuación, doy fe de que todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender, y de que todas mis preguntas han sido contestadas.

Se me ha dado la oportunidad de leer, recibir o rechazar una copia de la hoja informativa de la vacuna (Vaccine Information Sheet, VIS) de la gripe.

Doy mi consentimiento para recibir la vacuna de la gripe en este momento y para permitir que BSWH cobre dicha vacuna.

Firma:	Fecha:	Hora:	Parentesco con el paciente:
--------	--------	-------	-----------------------------

Solo para el equipo de vacunación: si se llena electrónicamente, esta sección puede dejarse en blanco.			
Fabricante de vacuna:	<input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> Sanofi <input type="checkbox"/> Seqirus <input type="checkbox"/> Otro	Fecha/Hora:	
Tipo de vacuna:	<input type="checkbox"/> Afluria <input type="checkbox"/> Fluvad (en dosis alta) <input type="checkbox"/> Fluarix <input type="checkbox"/> Flublok <input type="checkbox"/> Flucelvax (sin huevo) <input type="checkbox"/> Flulaval <input type="checkbox"/> Fluzone <input type="checkbox"/> Fluzone en dosis alta	Administrada por:	
Número de lote:		Lugar (clínica/centro):	
Fecha de caducidad:		Dosis:	<input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> 0.25 ml <input type="checkbox"/> 0.7 ml
Edición de VIS:	06/08/2021	Sitio:	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoide <input type="checkbox"/> Muslo

Scan doc type: Consent - Immunization

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH



BSWH-59775SP (Rev. 08/23)

**INFLUENZA VACCINE 2023-2024
 CONSENT AND IMMUNIZATION RECORD**