

Asociación de Enfermeras Visitadoras (VNA) y Hospicio de Central Coast

Formulario de Consentimiento para el Refuerzo de la Vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina y Cuestionario con información de contraindicaciones de la persona que recibe la vacuna

1. **SÍRVASE ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA**
2. **Complete todas las áreas que NO están sombreadas**
3. **Firme abajo donde está la "X"**

CÓDIGO DE LA CLÍNICA: _____ FECHA: _____

VACUNACIÓN:

Tétanos, Difería, Tos ferina (Tdap) _____

Método de pago

Efectivo Cheque # _____

Monto pagado _____

NO ESCRIBA EN LA SECCIÓN DE ARRIBA

Apellido	Nombre	Según- do nom- bre	Fecha de nacimiento ____/____/____ día mes año	E- dad	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección	Ciudad	Esta- do	Código Postal	Número de teléfono () -	

Sírvase marcar el casillero que corresponda:		SÍ	NO
1	¿Es usted alérgico al thimerosal, al látex de caucho o al formaldehído?		
2	¿Está usted enfermo con fiebre?		
3	¿Tiene algún trastorno hemorrágico (hemofilia, trombocitopenia o está recibiendo un tratamiento anticoagulante)?		
4	¿Tuvo alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna con Toxoide Tetánicos/Diftérico?		
5	¿Completó usted el tratamiento de vacunación primaria con Toxoide Tetánico/Diftérico al menos hace 10 años?		
6	¿Está usted embarazada o amamantando?		

He leído o me han explicado la información sobre la vacuna con Toxoide Tetánico, Toxoide Diftérico Reducido y Tos Ferina Acelular. La vacuna contiene 5Lf (unidad límite de floculación) de toxoide tetánico, 2 Lf de toxoide diftérico, y 2.5 mg. de toxina detoxificada de tos ferina por ensayo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas satisfactoriamente. Creo entender los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que me administren la vacuna a mí o a la persona mencionada a nombre de la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Entiendo que la Asociación de Enfermeras Visitadoras proporciona la vacuna. Libero expresamente de cualquier responsabilidad a la organización mencionada anteriormente y a la persona que suministra la vacuna. Yo, actuando en mi propio nombre, en el de mis herederos, albaceas y personas designadas por la presente estoy de acuerdo con exonerar al prestador del lugar y a sus empleados de cualquiera y de todos los reclamos que surjan de, se relacionen con o que de algún modo estén relacionados con mi recepción de esta vacuna en sus instalaciones.

Acuerdo en permanecer en el área durante 15 minutos e informar a la enfermera si tengo algún efecto secundario inusual antes de salir del establecimiento. En caso de tener algún efecto secundario de la vacuna Adacel™ después haber salido de dichas instalaciones, consiento en comunicarme con mi médico.

Sírvase extender los cheques a nombre de la VNA.

X _____
Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada para dar el permiso si el cliente es menor de 18 años

_____ Date

X _____
He recibido el aviso de Prácticas de Privacidad de la VNA.

Se han marcado todas las respuestas "Sí" (positivas). Se ha suministrado la vacuna de Toxoide Tetánico y Diftérico, Tos Ferina Acelular 0.5 cc. intramuscular (IM) en _____ el deltoides
Lote # _____

Firma de la enfermera