

FORMA DE EVALUACION Y CONCENTIMIENTO

Simulacro de Clínica de Vacunación para la Gripe Avial

de Identificación del Paciente _____

INFORMACION PERSONAL

Fecha _____ / _____ / _____

POR FAVOR USE UN NOMBRE FICTICIO

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ # de Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Es usted un trabajador de Cuidado Médico? No Sí

Ocupación: _____ Empleador: _____

Domicilio de su trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de tel. en casa () _____ # de tel. en el trabajo: () _____

de tel. celular: () _____ Correo Electrónico _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género (circule una): **M** **F**

Está usted enfermo el día de hoy, con fiebre de 100.4°F ó 38.0°C? No Sí

La última vez que se tomó la temperatura fue de: _____ °F ó _____ °C

¿Ha desarrollado síntomas de gripe o tos durante la última semana? No Sí

¿Ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones médicas?

Reacción alérgica a los huevos No Sí

Reacción a alguna vacuna la cual requirió cuidado médico No Sí

Historial del síndrome de Guillain-Barre No Sí

Estado Médico Actual:

¿Está embarazada o planea embarazarse en las próximas 4 semanas? No Sí

¿Está usted dando de lactar? No Sí

¿Tiene algún problema inmunológico, incluyendo VIH/SIDA, quimioterapia, algún trasplante de órganos, lupus, linfoma, leucemia, desorden de la plaqueta, o trombosis? No Sí

¿Tiene usted alguna enfermedad crónica en sus pulmones o tiene problemas respiratorios? No Sí

¿Asma muy severa? No Sí

¿Ataques producidos por la alta fiebre ó incontrolables, o enfermedades neurológicas? No Sí

¿Otros problemas médicos ó cirugías en los últimos 6 meses? No Sí

¿Esta usted tomando alguna medicina actualmente, incluyendo medicinas que se compran sin receta? No Sí

Si su respuesta es "SI", por favor aliste todas las medicinas:

FORMA DE EVALUACION Y CONCENTIMIENTO

Simulacro de Clínica de Vacunación para la Gripe Avial

Alguna de las siguientes ¿aplican a alguien que viva en su casa?

- Problemas del sistema inmunológico tales como VIH/SIDA, cancer, leucemia, limfoma, transplante de órganos, gamaglobulinemia No Sí No se
- Problemas autoinmunes tales como lupus el cual debilita el sistema inmunológico No Sí No se
- Actualmente está tomando medicinas como esteroides oralmente (como prednisona) quimioterapia, agentes/radiación, o medicina para el transplante de organos No Sí No se
- Actualmente embarazada o planea embarazarse en las proximas 4 semanas No Sí No se
- Tiene menos de 1 año de edad No Sí No se
- Historial del syndrome de Guillain-Barre o alguna reacción seria a alguna vacuna No Sí No se
- Historial de ataques o enfermedades neurológicas No Sí No se

¿Tiene usted alguna pregunta que nos quiera hacer antes de vacunarse? No Sí

¿Tiene usted menos de 18 años de edad y su padre o tutor no está aqui con usted? No Sí

El adulto es discapacitado y esta forma de evaluación/consentimiento está siendo llenada por el padre o tutor (el marcar esta caja solamente, no requiere evaluación adicional) No Sí

Informe de Consentimiento para la Firma del Participante para Recibir la Vacuna:

YO HE:

- Recivido, leído y entendido los Hechos acerca de la Gripe Avial y los riesgos y beneficios del Simulacro de la Vacuna contra la Gripe Avial;
- Considerando mi propio estado de salud y el de los miembros de mi familia y personas con las cuales he estado en contacto cercano;
- Tenido la oportunidad de discutir todas las dudas médicas con un eveluador de salud en la clínica de vacunación; y
- Respondido honestamente y hasta donde mi habilidad me lo permite, a todas las preguntas que en esta forma me han hecho.

Yo entiendo que la decisión de ser vacunado es voluntaria y estoy de acuerdo con proceder con el simulacro de la vacuna contra la Gripe Avial.

Firma del Paciente (o Padre/Tutor)

Fecha

Firma de la Persona que hace la Evaluación

Fecha

FORMA DE EVALUACION Y CONCENTIMIENTO

Simulacro de Clínica de Vacunación para la Gripe Avial

PARA EL USO DEL PROVEEDOR DE SALUD SOLAMENTE:

Comentarios/notas

Disposición:

- Referido para la vacuna
- Diferido debido a contraindicaciones médicas
- Reuso vacunarse

Iniciales del Evaluador Médico: _____

Fecha: _____

Información acerca de la Clínica de Vacuna		Información acerca del grupo de vacunas	
Nombre:	Departamento de Salud del Condado de Yolo	Tipo de Vacuna	Simulacro de la Vacuna de Gripe Avial
Contacto:	Myrna Epstein	Programa:	Simulacro de Clínica de Vacunación Del Condado de Yolo
Teléfono	(530) 666-8645	# de grupo de la vacuna	
Fax:	(530) 666-8674	Grupo de Vacuna del Fabricante	
Domicilio	10 Cottonwood Street Woodland, CA 95695		

La vacuna fue administrada por: _____

(Por favor escriba apellido y nombre, y su título profesional (MD, RN, etc.))

Brazo inyectado: Derecho Izquierdo

Fecha que se vacunó: _____ / _____ / _____