

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Certifico que soy: (a) el/la paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el/la tutor(a) legal del(de la) paciente; o (c) una persona autorizada a dar su consentimiento en nombre del(de la) paciente cuando éste no sea competente o no pueda dar su consentimiento por sí mismo. Además, por medio de la presente doy mi consentimiento a Prism Health y al profesional sanitario autorizado que administre la(s) vacuna(s) solicitada(s), según proceda (cada uno de ellos un "Proveedor correspondiente"), para administrar la(s) vacuna(s) que he solicitado a continuación.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meningocócica ACWY [MenACYW]       | <input type="checkbox"/> Tétano, Difteria, Tos Ferina <b>7+</b> [Tdap]    |
| <input type="checkbox"/> Meningocócica B [MenB]             | <input type="checkbox"/> Difteria, Tétano, Tos Ferina <b>&lt;7</b> [DTaP] |
| <input type="checkbox"/> Papiloma humano [HPV]              | <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenzae, Tipo B [Hib]             |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B [HepB]                 | <input type="checkbox"/> Antineumocócica Conjugada [PCV13]                |
| <input type="checkbox"/> Sarampión, Paperas y Rubéola [MMR] | <input type="checkbox"/> Hepatitis A [HepA]                               |
| <input type="checkbox"/> Varicela [VAR]                     | <input type="checkbox"/> COVID-19 [Moderna]                               |
| <input type="checkbox"/> Polio [IPV]                        | <input type="checkbox"/> COVID-19 [Pfizer]                                |
| <input type="checkbox"/> Gripe [FLU]                        |   |

Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la administración de esta vacuna. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna arriba mencionada y he recibido, leído y/o me han explicado la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Además, reconozco que se me ha aconsejado que el/la paciente permanezca cerca del lugar de vacunación para su observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración.

En nombre del(de la) paciente, sus herederos y representantes personales, por medio de la presente libero y eximo de responsabilidad a cada proveedor correspondiente, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarios, funcionarios, oficiales, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo, ya sea conocido o desconocido, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionado con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.

Entiendo que en consideración de la participación de mi hijo(a)/tutelado(a) en el PROGRAMA, y como se evidencia con mi firma abajo, por la presente libero y eximo de responsabilidad a LA JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fideicomisarios, agentes, funcionarios, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad que pueda surgir a mi persona o a mi hijo(a)/tutelado(a), por cualquier y todas las pérdidas, lesiones, daños a mi persona o a mi hijo(a)/tutelado(a), tanto conocidos como desconocidos, previstos e imprevistos, que surjan en relación con la participación de mi hijo(a)/tutelado(a) en el PROGRAMA, ya sea que dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades resulten o no, en su totalidad o en parte, de la negligencia del CONSEJO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fideicomisarios, empleados, funcionarios, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes o representantes. Reconozco que: (a) comprendo los fines/beneficios del registro de vacunación de mi estado ("Registro Estatal") y del intercambio de información sanitaria de mi estado ("HIE Estatal"); y (b) el

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Proveedor correspondiente puede divulgar mi información de vacunación al Registro Estatal, al HIE Estatal, o a través del HIE Estatal al Registro Estatal, o a cualquier agencia o autoridad gubernamental estatal o federal ("Agencias Gubernamentales"), como los Departamentos de Salud estatales, del condado, o locales, o el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, o sus respectivos designados, según lo exija la ley, para fines de informes de salud pública, o a mis proveedores de atención médica inscritos en el Registro Estatal y/o el HIE Estatal para fines de coordinación de la atención. Entiendo que, dependiendo de la ley de mi estado, es posible que tenga que dar mi consentimiento específico y, en la medida en que lo exija la ley de mi estado, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el Proveedor correspondiente comunique mi información de vacunación a las Agencias Gubernamentales, al HIE Estatal, o a través del HIE Estatal y/o Registro Estatal a las entidades y para los fines descritos en este formulario de Consentimiento Informado. A menos que proporcione al Proveedor correspondiente un Formulario de Exclusión firmado, entiendo que mi consentimiento permanecerá en vigor hasta que retire mi permiso y que puedo retirar mi consentimiento proporcionando un Formulario de Exclusión debidamente llenado al Proveedor correspondiente y/o al HIE de mi Estado, según corresponda. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si lo retiro, las leyes de mi estado o la ley federal pueden permitir ciertas divulgaciones de mi información de vacunación a o mediante el HIE Estatal o a Agencias Gubernamentales según lo requiera o permita la ley.

Además, autorizo al Proveedor correspondiente a: (a) divulgar mi información médica o de otro tipo, incluida cualquier enfermedad transmisible (incluido el VIH) y la información de salud mental, a, o a través del HIE Estatal o las Agencias Gubernamentales a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid u otro tercero pagador según sea necesario para efectuar la atención o el pago; (b) presentar una reclamación a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados anteriormente; y (c) solicitar que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al Proveedor correspondiente con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asimismo, acepto ser plenamente responsable de los gastos compartidos, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles correspondientes a los artículos y servicios solicitados, así como de los artículos y servicios solicitados que no estén cubiertos por las pólizas de mi seguro. Entiendo que cualquier pago del que yo sea financieramente responsable deberá efectuarse en el momento de la prestación del servicio o, si el Proveedor correspondiente me factura después de la prestación del servicio, en el momento de la recepción de dicha factura. Prism Health puede ponerse en contacto conmigo, incluso mediante llamadas automáticas y pregrabadas y mensajes de texto, en cualquier momento, utilizando la información de contacto proporcionada en mi registro de paciente en relación con asuntos de salud y seguridad, como recordatorios de vacunas.

Firma del Paciente/Padre(Madre)/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**CLINICIANS:** Please remember to keep the written consent forms in the tech binder and a digital record of each page for upload to PHL records.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_


**Formulario de Evaluación Individual  
 Para Padres/Tutores/Pacientes 18+**

 ESCANEAR PARA  
 REGISTRARSE  
 EN LÍNEA

[prism.org/now](http://prism.org/now) |  (800) 325-1812

	Sí	No	No sé
1. ¿El(La) niño(a) está enfermo(a) hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico(a) el(la) niño(a), a algún medicamento, alimento, componente de alguna vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido el(la) niño(a) una reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el(la) niño(a) un problema de salud a largo plazo con una enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está él(ella) en tratamiento prolongado con aspirina??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el(la) niño(a) que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿Le ha dicho un profesional sanitario que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el(la) niño(a) es un(una) bebé, ¿Le han dicho alguna vez que ha tenido invaginación intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El(La) niño(a), un hermano o uno de los padres ha sufrido convulsiones; ha tenido problemas cerebrales o de otro sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el(la) niño(a) cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el(la) niño(a) un progenitor, hermano o hermana con un problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el(la) niño(a) medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o se ha sometido a tratamientos de radicaión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En el último año, ¿ha recibido el(la) niño(a) una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Está la niña/adolescente embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha recibido el(la) niño(a) vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Sólo para uso de oficina:**

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATION RECORD/ REGISTRO DE VACUNACIÓN**

**NAME OF VACCINE:** \_\_\_\_\_  
VACCINE MANUFACTURER: \_\_\_\_\_  
LOT NUMBER: \_\_\_\_\_  
EXPIRATION DATE: \_\_\_\_\_  
ADMINISTRATION SITE: \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ RT \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ SQ \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

**NAME OF VACCINE:** \_\_\_\_\_  
VACCINE MANUFACTURER: \_\_\_\_\_  
LOT NUMBER: \_\_\_\_\_  
EXPIRATION DATE: \_\_\_\_\_  
ADMINISTRATION SITE: \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ RT \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ SQ \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

**NAME OF VACCINE:** \_\_\_\_\_  
VACCINE MANUFACTURER: \_\_\_\_\_  
LOT NUMBER: \_\_\_\_\_  
EXPIRATION DATE: \_\_\_\_\_  
ADMINISTRATION SITE: \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ RT \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ SQ \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

**NAME OF VACCINE:** \_\_\_\_\_  
VACCINE MANUFACTURER: \_\_\_\_\_  
LOT NUMBER: \_\_\_\_\_  
EXPIRATION DATE: \_\_\_\_\_  
ADMINISTRATION SITE: \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ RT \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ SQ \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

**NAME OF VACCINE:** \_\_\_\_\_  
VACCINE MANUFACTURER: \_\_\_\_\_  
LOT NUMBER: \_\_\_\_\_  
EXPIRATION DATE: \_\_\_\_\_  
ADMINISTRATION SITE: \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ RT \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ SQ \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

**PROVIDER NAME (MD,DO, PA,ANP,RN):** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**ADMINISTERED BY:** \_\_\_\_\_

**CLINICIANS:** Prior to releasing this form to the patient, please remember to keep a record for upload to PHL records.