

Ronald McDonald Care Mobile
 Advocate Children's Hospital 1675 W. Dempster St. Park Ridge, IL 60068 (847)723-7358

Consentimiento para la vacuna de Influenza

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____
 Pariente/Tutor legal: _____ Número de teléfono celular/de casa: _____
 ¿Que tipo de seguro médico tiene su hijo/hija (favor de marcar)? Medicaid/Ayuda Publica No seguro médico Seguro privado

Cuestionario antes de la vacuna de Influenza

Para los padres de hijos/hijas que van a recibir la vacuna: Las siguientes preguntas nos ayudaria por la cual no se puede administrar la vacuna a su hijo/hija el día de hoy. Si responde "si" a las preguntas, no significa que no se administrara la vacuna, solo que necesitaremos mas preguntas al respeto.

	Si	No	No sabe
¿Su hijo/hija tiene problemas con los pulmones, el Corazon, los rinones, diabetes, asma or problemas hematologicas? ¿Toma aspirina diaria?			
¿Su hijo/hija tiene alergia al huevo o a algun ingrediente de la vacuna?			
¿Su hijo/hija ha tenido reacción grave a la vacuna de influenza en el pasado?			
¿Su hijo/hija ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?			
¿Su hijo/hija ha recibido la vacuna de influenza 2 veces en el pasado?			
¿Su hijo/hija ha recibido alguna otra vacuna en las ultimas 4 semanas?			

(from www.immuize.org)

El consentimiento para el tratamiento nos permite vacunar a su hijo/hija de acuerdo con guías de la CDC y el IDPH. Favor de leer el sitio del internet para la información de la vacuna: http://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Por el presente, consiento al tratamiento proporcionado por médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica de Advocate. Entiendo que los médicos, las enfermeras y otros proveedores de atención médica que se están capacitando en el hospital pueden, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en el tratamiento de mi hijo(a) y consiento la participación de dichos estudiantes en estos servicios. Este tratamiento puede incluir examen físico, chequeos de salud y todas las vacunas recomendadas y requeridas excepto las que usted denegó anteriormente.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:

- Autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud (PHI) con fines relativos a mis diagnósticos o mis tratamientos, a la obtención del pago de mi tratamiento, o con fines relativos a la realización de las operaciones de atención médica del Advocate Medical Group.
- Autorizo a Advocate a divulgar toda la información necesaria durante la tramitación de solicitudes de cobertura financiera para los servicios. Esta autorización dispone que Advocate pueda divulgar información clínica objetiva relacionada con mi diagnóstico y mi tratamiento, que pueda ser solicitada por mi compañía de seguro o su agente designado.
- Autorizo a Advocate a proporcionar a la institución educativa de mi hijo una copia de su examen médico, incluidas las vacunas que se le hayan administrado.
- Autorizo a Advocate divulgar la información de la visita al proveedor de atención médica primaria o medico mencionados.

CESIÓN DE BENEFICIOS. En contraprestación de los servicios proporcionados, por el presente, cedo y autorizo el pago directo a Advocate Medical Group de todos los beneficios del seguro, del plan de salud o de otro pagador independiente que de lo contrario serían pagaderos a mí o en mi nombre por servicios para paciente ambulatorio.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald se hizo posible debido a una subvención de Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), una corporación benéfica sin fines de lucro y exenta de impuestos. RMHC no es responsable ni tiene obligación legal por la operación de este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald, ni por cualquiera de las actividades médicas o dentales que se lleven a cabo dentro del mismo.

Quiero que mi hijo/hija recibe la vacuna de influenza.

Pariente/Tutor del paciente: _____

Fecha: _____

