

LACDPH MVT Vaccines for Children Screening & Consent Form (Vacunas MVT para niños: formulario de detección y consentimiento)



11	En el último año, ¿ha recibido el paciente una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antivírico? {c}	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
12	¿Está la paciente embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? {c}	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
13	¿Ha recibido el paciente vacunas en las últimas 4 semanas? {c}	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé

Se me ha ofrecido una copia de la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas (VIS). He leído, me han explicado y entiendo la información contenida en la(s) VIS(s) o EUA (Las copias digitales se pueden encontrar en: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html>). Doy mi consentimiento para que se incluyan estos datos de inmunización en el Registro de Inmunización de California para mí o en nombre del paciente mencionado. Puedo negarme a que se siga compartiendo la información y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>.

Entiendo que en California los menores de 12 años o más no necesitan el consentimiento de sus padres para recibir las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) o la Hepatitis B. Aun así, deben contar con el consentimiento paterno para recibir todas las demás vacunas.

Doy mi consentimiento para que el Equipo Móvil de Vacunación (MVT) del DPH del Condado de LA me vacune a mí y/o a mi(s) hijo(s). Entiendo que al dar mi consentimiento voluntario, el paciente menor de edad puede recibir la(s) vacuna(s) con o sin la presencia física de un padre o tutor en la cita de vacunación. Consiento y autorizo todo el tratamiento médico necesario en el raro caso de que el paciente menor de edad tenga una reacción a la vacuna, incluyendo pero no limitado a enrojecimiento, hinchazón, cansancio, escalofríos, fiebre y otras reacciones.

Nombre del paciente en letra de imprenta (nombre y apellidos)

Nombre del padre/madre/tutor (nombre y apellidos) en letra de imprenta

Firma del paciente o padre/tutor del menor

Fecha