



FORMULARIO DE DESPISTAJE Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA DE VIRUELA DEL MONO JYNNEOS

Nombre/ID de la Instalación Administradora: _____

SECCIÓN 1: INFORMACION SOBRE EL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA)

Nombre: Apellido: _____		Primer nombre: _____		Inicial del Segundo: _____	
Fecha de Nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____		N.º de teléfono celular (Paciente o Tutor): () _____			
Dirección: _____			Apto/Hab. #: _____		
Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____	
Nombre del Tutor legal: Apellido: _____		Primer Nombre: _____		Inicial del Segundo: _____	
Sexo (Género asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro no blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico			Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido
Compañía de Seguros Primaria ID #: _____ Gpo. #: _____ Compañía de Seguros: _____ Teléfono de la Compañía de Seguros #: _____ Nombre del Asegurado: _____ Parentesco: _____ F.D.N. del Asegurado _____					
Compañía de Seguros Secundaria ID #: _____ Gpo. #: _____ Compañía de Seguros : _____ Teléfono de la Compañía de Seguros #: _____ Nombre del Asegurado: _____ Parentesco: _____ F.D.N. del Asegurado _____					
¿Designación del número de dosis de la vacuna JYNNEOS? <input type="checkbox"/> Primera Dosis <input type="checkbox"/> Segunda Dosis					

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE JYNNEOS

Marque SÍ o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Ha tenido un historial de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) luego de una dosis previa de JYNNEOS? (CONTRAINDICACIÓN)		
2. ¿Tiene un historial de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) luego de la gentamicina o ciprofloxacina? (PRECAUCIÓN)		
3. ¿Tiene un historial de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a la proteína del pollo o del huevo Y está evitando actualmente la exposición a todos los productos de pollo o huevo? (PRECAUCIÓN)		
4. ¿Presenta actualmente una enfermedad aguda, moderada o grave, con o sin fiebre? (PRECAUCIÓN)		
5. ¿Es usted menor de 18 años? (Solo podrá recibir esta vacuna por vía subcutánea)		

- Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente o (c) estoy legalmente autorizado a dar mi consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida (DOH) o a sus agentes para administrar la vacuna JYNNEOS.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados a la recepción de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna mencionada y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna JYNNEOS que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para su observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o acudiré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de la Florida, al Departamento de Salud de la Florida (DOH) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo, conocido o desconocido, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionado de alguna manera con esta.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el sistema de información de inmunización de Florida y (b) el DOH incluirá mi información personal de inmunización en Florida SHOTS y mi información personal de inmunización será compartida con los Centros de Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH, o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al DOH, o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el que soy financieramente responsable debe realizarse en el momento del servicio o, si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Confirmando la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Nombre del Representante y Relación con la Persona que Recibe la Vacuna, en letra de imprenta: _____

Centro ()	Ruta (SC/ID)	Fabricante (MVX)	N.º de lote Unidad de Uso/ Unidad de Venta	Fecha de Vencimiento	Fecha de la Hoja Informativa de la EUA

Administrado en el lugar: nombre/ID de la instalación	
Administrado en el lugar: Tipo	
Dirección de la Administración:	
CVX (producto)	
Organización remitente:	

Nombre del Vacunador en letra de molde: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Sufijo del proveedor que administra la vacuna: _____