HAYSMED

Paciente Consentimiento para Vacuna de la Gripe

PAWNEE VALLEY COMMUNITY HOSPITAL
A HAYSMED PARTNER

Has venido hoy para recibir la vacuna contra la Influenza de HaysMed o Pawnee Valley Community Hospital.

Por favor responda las siguientes preguntas:

¿Usted tiene una alergia grave a los huevos? ☐ Sí ☐ No

¿Usted tiene alergia al látex? ☐ Sí ☐ No

¿Usted tiene alguna sensibilidad a thimerosal? ☐ Sí ☐ No
* El timerosal, un derivado del mercurio utilizado en las soluciones para lentes de contacto.

¿Ha tenido una historia pasada conocida del síndrome de Guillain−Barre? ☐ Sí ☐ No
(Un desorden inmune−mediado agudo de nervios periféricos, de raíces de la espina dorsal, y de nervios craneales.)

¿Usted esta actualmente enfermo o tiene fiebre? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene antecedentes de sibilancias o asma? ☐ Sí ☐ No

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR LA VACUNA DE LA GRIPE Y ASUME COMPLETAMENTE RESPONSABILIDAD

Doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza y autorizar al personal designado de HaysMed o Pawnee Valley Community Hospital para administren la vacuna a mí. Entiendo que las dosis adicionales de la vacuna pueden ser necesarias si se descubrieran nuevas sintomas del virus. Además, entiendo que no hay garantía de que la inmunidad completa será el resultado de esta inmunización y que sus efectos sólo son válidos por un año.

He leído o se me ha explicado, la Declaración de información sobre la vacuna contra la gripe estacional y entiendo los riesgos y beneficios a recibir dicha vacuna. Yo libero HaysMed o Pawnee Valley Community Hospital, y a sus empleados, representantes, agentes, voluntarios y personal médico de cualquier y todo reclamo y responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de haberme dado esta vacuna. Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y mantener HaysMed o Pawnee Valley Community Hospital de cualquier y todos los gastos, pérdidas y demandas hechas por mí o por otros, que surjan o resulten de mi recibir esta vacuna.

HE LEIDO ESTE COMUNICADO CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR Y HAN DADO OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE ESTE PROCEDIMIENTO.

Firma de la paciente que recibe la vacuna o el guardian _____ Fecha/Hora _____

Escriba en letra de imprenta el nombre legal de la persona que recibe la vacuna _____

☐ Varón
☐ Hembra

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código _____

☐ Soy Asociado/a de HaysMed

Escriba el Nombre de su Medico _____

SACAR POR IMPRESORA

RESTABLECER FORMULARIO

PARA AQUELLOS PACIENTES QUE VEN A UN PROVEEDOR DE ATENCION PRIMARIA EN HAYSMED o PAWNEE VALLEY COMMUNITY HOSPITAL − ESTA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA SE ENTRARÁ EN SU REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO.

Para ser terminado por la Enfermera / Médico. Individual may receive injection: ❑ Yes ❑ No

Vaccine Record **Uso oficial de HaysMed solamente:** **(VIS 8/6/2021)**

Vaccine	Date Administered	Route	Dose	Manufacturer	Lot #	Exp. Date	Administered By:
Influenza Flulaval	10/16/2022	**IM**	**0.5 ml**	GSK	BZ54K	06/29/2023	

❑ Vaccination documented in the EMR
on:_____(date) by:_____(initials)

If age 6 months or greater, give Influenza vaccine 0.5 ml IM

La Discriminación es Contra la Ley

Hays Medical Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Hays Medical Center no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Hays Medical Center brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Hays Medical Center brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- I nformación escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Director de Coordinación de Atención Clínica al 785.623.5297 o al Operador al 785.623.5000.

Si cree que Hays Medical Center no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Director Jurídico
Hays Medical Center
2220 Canterbury Drive
Hays, Kansas 67601
Número de teléfono: 785.650.2759
TTY / TDD o número de retransmisión estatal: 800.766.3777 (V / T); o marque 711
Fax: 785.623.5524
Correo electrónico: joannah.applequist@haysmed.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Joannah Applequist, directora de asuntos legales, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Sala 509F, edificio HHH
Washington, D.C. 20201
1−800−368−1019, 800−537−7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services are available to you free of charge. Call 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

SPANISH
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

VIETNAMESE
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

CHINESE
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777)。

GERMAN
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

KOREAN
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777) 번으로 전화해 주십시오.

LAOTIAN
ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາ 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

ARABIC
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة اذكر، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. برقم اتصل 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

TAGALOG
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777)

BURMESE
သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက်
စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။
ဖုန်းနံပါတ် 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

FRENCH
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

JAPANESE
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777)まで、お電話にてご連絡ください。

RUSSIAN
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1–855-429-7633 (телетайп: 1–800-766-3777).

HMONG
LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

PERSIAN (FARSI)
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما
فراهم می باشد. با (TTY: 1-800-766-3777) 1-855-429-7633 تماس بگیرید.

SWAHILI
KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1–855-429-7633 (TTY: 1–800-766-3777).

HAYSMED

PAWNEE VALLEY
COMMUNITY HOSPITAL
A HAYSMED PARTNER