

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

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre de su Medico

Soy Asociado/a de HaysMed

**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:

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
- Información 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**

CHU 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**

ໂປດສາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຈຳນວນ 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

**ARABIC**

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

**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 hals 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 ( 1-800-766-3777 ) ( TTY: 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).

