

PARKLAND HEALTH & HOSPITAL SYSTEM

Dallas, Texas

**FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO PARA
VACUNA PEDIÁTRICA**



CON130

Place Demographic Label Here
If label not available, please complete manually

MRN: _____ Name (Last, First): _____

DOB: _____ Race: _____

HAR: _____ Sex: _____

CSN: _____ Location: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Fecha del tratamiento

Encierre en un círculo el nombre de las vacunas ofrecidas:

MenB, Rotavirus, PCV-13, Pendiariix, HIB, Pentacel, Hepatitis A, Hepatitis B, Prevnar, TDAP, HPV, Menactra, Gripe, Kinrix, MMRV, DTaP, Polio, MMR, Varicela, TD, DT, Pneumovax-23, Otro: _____

Nombre de la madre (si se conoce)

Nombre del padre (si se conoce)

Acepto:

Iniciales del padre o representante legal

- Entiendo que la persona mencionada en este formulario recibirá cada vacuna.
- Recibí o me ofrecieron una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) de las vacunas mencionadas.
- Entiendo los beneficios y riesgos de cada vacuna ofrecida.
- Entiendo los riesgos de la enfermedad que cada vacuna previene.
- Entiendo que el organismo de la persona nombrada en este formulario recibirá las vacunas para prevenir la enfermedad correspondiente a cada una.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades que se previenen, las vacunas y la forma de administración de cada una en la persona mencionada en este formulario y las respondieron a mi satisfacción.
- Soy una persona adulta y puedo autorizar legalmente que la persona mencionada en este formulario reciba las vacunas. Con mi firma, doy mi permiso para cada vacuna de forma libre y voluntaria. Si no soy el padre del menor mencionado en este formulario, puedo dar mi consentimiento porque soy:
 1. El tutor del menor
 2. La persona autorizada por otro estado o por una orden judicial para dar su consentimiento en representación del menor
 3. Uno de los abuelos del menor
 4. El hermano o hermana mayor del menor
 5. Un tío o tía adulto del menor
 6. El padrastro o madrastra del menor
 7. La institución educativa en la que el menor está matriculado y tenemos una autorización escrita de uno de sus padres, custodio administrador, tutor, u otra persona autorizada por otro estado o una orden judicial para dar su consentimiento en nombre del menor
 8. Un tribunal con jurisdicción sobre una demanda que afecta la relación padre-hijo del menor
 9. Un adulto que tiene cuidado, control y posesión real del menor por orden de un tribunal de menores
 10. Un adulto que tiene cuidado, control y posesión real del menor como cuidador principal del menor

Denegación:

Rehúso las vacunas ofrecidas al menor hoy debido a una exención por creencias religiosas, culturales, éticas o de otra naturaleza.

Iniciales del padre o representante legal

Me han explicado este formulario en su totalidad y lo he leído o me lo han leído. Se han llenado los espacios en blanco correspondientes. Comprendo el contenido de este consentimiento. Si el inglés no es mi idioma preferido, me ha interpretado o traducido el contenido de este consentimiento y entiendo dicha interpretación o traducción. Tengo suficiente información para otorgar este consentimiento informado.

Firma de los padres o del sustituto que toma la decisión

Nombre en letra de imprenta de los padres o del sustituto que toma la decisión

Fecha

Hora

Relación con el paciente (si corresponde)

Firma del personal de la clínica o el médico

Clinical Staff/Provider Printed Name

No. de ID

Fecha

Hora

Firma del intérprete, si corresponde

Nombre en letra de imprenta del intérprete

No. de ID

Fecha

Hora

WHITE COPY - Medical Record **YELLOW COPY** - Patient