



# Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

Spanish

6919 E 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

## Complete lo Siguiente con los Datos de la Persona Que Va Ser Vacunada:

**Primer Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
**Nombre Elegido** (si aplicable): \_\_\_\_\_ **Ocupación** (si aplicable): \_\_\_\_\_ **Sexo** (asignado al nacer):  F  M  
**Número de Teléfono:** (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Pronombres:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Raza:** (Marque todos que le corresponde)  Asiática(o)  Indio(a)  Americano(a)/Nativo(a) de Alaska  Negro(a)  Nativo(a) de Hawái/Islas del Pacífico  Blanco(a)  
 Otro \_\_\_\_\_ **Grupo étnico:**  Hispano(a)/Latino(a)  No Hispano(a)/Latino(a) **Nombre Completo del Padre o Tutor:** \_\_\_\_\_  
**Para los estudiantes:** **Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

## Situación del Seguro (Marque la Casilla):

Sin Seguro

<input type="checkbox"/> <b>MEDICAID</b> Compañía: _____ Numero de Medicaid: _____	<input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> <b>MEDICARE</b> Numero de Medicare: _____ ID de miembro / # de grupo (si aplicable): _____
--	--	---

**Seguro Privado, Comercial, o Suplementario (NO MEDICAID) Adjunte una copia de su tarjeta si es posible**  
Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Identificación de la Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Relación del Titular de la Póliza con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Preguntas de Evaluación de Salud Para la Persona Que Se Vacuna:

1. ¿La persona que va a ser vacunada está enfermo(a) hoy? De ser así, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene alergia a algún medicamento, un alimento, a un componente de la vacuna o al látex? Por favor indique las alergias:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? De ser así, por favor explique el caso:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (SGB)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5. ¿La persona que va a ser vacunada tiene algún problema de salud de larga duración como enfermedades cardíacas, pulmonares, asma, enfermedades renales, enfermedades metabólicas (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6. ¿La persona que va a ser vacunada tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido una convulsión, un problema cerebral o otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8. ¿La persona que va a ser vacunada toma medicamentos como cortisona, prednisona, otro tipo de esteroides, medicamentos anticancerígenos o ha recibido tratamientos de rayos X para el cáncer?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9. En el caso de mujeres: ¿La persona que va a ser vacunada está embarazada o existe la posibilidad de que lo esté durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10. ¿La persona que va a ser vacunada fuma o fuma cigarrillos electrónicos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) durante el año pasado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12. ¿La persona que va a ser vacunada ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

## Declaración de Consentimiento

**Consentimiento para el uso de información médica protegida y asignación de reclamos:** Por la presente consiento y reconozco que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información personal de salud con el propósito de operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguradora mencionada anteriormente a facturador de terceros en relación con los servicios contemplados en este documento.

**\*Firma:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Se requiere la firma de un padre o tutor en el caso que la persona es menor de 18 años*

**Autorización para la vacuna:** Mi firma en este formulario indica que he solicitado que un representante de facturador de terceros me administre a mí o a mi dependiente la vacuna indicada a continuación. Libero a facturador de terceros, al socio de facturador de terceros, al personal (IIC) y a la persona encargada de la administración de la vacuna de cualquier responsabilidad por las distintas reacciones que puedan ocurrir. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio ante un jurado, en la medida máxima permitida por la ley para cualquier reclamo o acción que surja o esté relacionada con este servicio, y a que cualquier reclamo o acción de este tipo sea resuelto únicamente en forma individual a través de un arbitraje de acuerdo a las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni facturador de terceros tendremos derecho a unir o consolidar reclamos en un arbitraje por o contra otros individuos o entidades, ni a realizar el arbitraje de ningún reclamo como miembro representante de una clase o en calidad de abogado general privado. En el caso de una exposición ocupacional, facturador de terceros tiene el permiso del paciente para hacer pruebas de sangre a fin de garantizar la seguridad tanto del paciente como del empleado. He leído o me han explicado la información de la(s) Declaración(es) de Información sobre la(s) Vacuna(s) y entiendo los riesgos (incluyendo las reacciones adversas) y los beneficios de la(s) vacuna(s). Si doy el consentimiento por otra persona, tengo la autoridad legal, en función de mi relación con la persona indicada anteriormente, para autorizar la aplicación de esta(s) vacuna(s).

**Doy mi consentimiento para que yo/mi hijo sea vacunado con todas las vacunas recomendadas que se deben aplicar en este momento. Si quiero rechazar alguna vacuna específica, llamaré al 317-628-7116 o lo haré saber por correo electrónico a: [clinic@vaccinateindiana.org](mailto:clinic@vaccinateindiana.org)**

Las vacunas que pueden ser administradas basándose en su registro de vacunas o el de su hijo/a son: DTaP/Tdap, Hepatitis A, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b (HIB), Virus Papiloma Humano (VPH), Influenza, SRP, Meningitis, Polio, Neumonía, Rotavirus, RSV, Varicela, Zoster, y/o Covid-19.

**\*Firma:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Se requiere la firma de un padre o tutor en el caso que la persona es menor de 18 años*



**Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form**  
6919 E 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

Spanish

<b>CLINIC USE ONLY</b>				
<i>Note any vaccine refusals next to vaccine name</i>				
<b>Vaccine</b>	<b>VIS</b>	<b>MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE</b>	<b>INJECTION SITE</b>	<b>ROUTE</b>
<b>Dtap</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Dtap/IPV</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Dtap/Hep B/IPV</b>	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Dtap/Hib/IPV</b>	10/15/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Dtap/IPV/Hib/HepB</b>	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Hep A</b> <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> pediatric	10/15/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Hep B</b> <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> pediatric	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Hib</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>HPV</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Influenza</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>MCV4</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Men B</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>MMR</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
<b>MMRV</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
<b>Pneumococcal</b>	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
<b>Polio</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
<b>Rotavirus</b>	10/15/21			<input type="checkbox"/> PO
<b>RSV</b>	10/19/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Tdap</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Varicella</b>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
<b>Zoster</b>	2/4/22		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Covid-19</b>	10/19/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Checked out in third party biller on: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_