

Registro de Vacunación para ADULTOS.

Citas: Favor de llamar Lunes a Jueves 9am-12pm

El Línea de Información Español 480-728-3777

Mascaras están obligatorias. Por favor traiga sus cartillas de vacunas y un bolígrafo para su uso personal.

Solo adultos con cita podrá entrar el centro.

Si usted ha tenido esta tipo de síntomas en las últimas 24 horas: fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, nausea o diarrea por favor retrase su visita.

Por favor de leer y llenar las áreas iluminadas en todas las 4 páginas:

Nombre de Pila:	Fecha de Nacimiento:	
Apellido:	Edad:	
Segundo Nombre:	Genero/Sexo:	
Teléfono:		
Domicilio:	Cuidad:	Código Postal:

Marque la que correspondan:

- No Tengo Seguro Médico. (No estoy Asegurado)
- Tengo Seguro Médico que No cubre el pago por vacunas (Seguro Insuficiente)
- Tengo Seguro Médico que cubre el pago por todas las vacunas. **ALTO, Favor de hablar con la recepcionista.**

Favor de leer y firmar.

Doy mi consentimiento al Proveedor de Salud que me administra las vacunas, para que entregue la información de todas las vacunas que se me administren a mí o a la persona para la que estoy autorizado a dar mi consentimiento al Sistema de Información de Vacunas del Estado de Arizona (ASIIS) para que provea la información sobre que vacunas he recibido. Entiendo que no estoy obligado a estar de acuerdo en que se entregue dicha información como condición para que se me administren las vacunas.

Me ha ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente que me informa como empezar un reclamo si siento que mis derechos han sido violados.

He recibido la copia que se me ha dado y la he leído, o se me ha explicado, el CDC "Hoja Informativa sobre la Vacuna" para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que se me van a administrar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las mismas me fueron contestadas a mi plena satisfacción. Creo entender los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) que he solicitado y pido que la(s) vacuna(s) que he marcado me sea(n) administrada(s). Mis iniciales indicarán mi aprobación para las vacunas que se me recomiendan en el formulario de administración de la vacuna.

Firma:

Fecha: