

Eastern Idaho Public Health Childhood Immunization Consent Form- SPANISH

Nombre de la clínica: EIRMC CLINIC

Fecha de la clínica: 04/11/2026

Información sobre la persona que recibirá vacunas

Nombre(s)		Apellido(s)	
Fecha de nacimiento	Edad:	Sexo: masculino femenino	
últimos 4 número de Seguro Social: XXX-XX-_____		Número telefónico	
Dirección Postal (# y calle):		☐ Marque la casilla si la dirección es la misma que la de otros miembros de la familia, proporcione el nombre del cliente para referencia de la información de la dirección: _____	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Raza: ☐ Asiático ☐ Afroamericano/Negro ☐ Indio Americano ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro			
Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No Hispano			

Nomás para niños 0-18 años: Elegibilidad para Vacunación (por favor marque las apropiadas)

- ☐ **Indígena Americana o nativo de Alaska:** Niño, 0-18 años de edad, quien se identifica como una Indígena Americana o nativo de Alaska, a pesar de cobertura de seguro médico.
- ☐ **No tiene seguro médico:** Niño, 0-18 años de edad, quien no tiene ningún tipo de seguro médico.
- ☐ **Seguro médico limitado:** Niño, 0-18 años de edad, que tiene seguro médico pero este seguro no cubre inmunizaciones.
- ☐ **Medicaid:** Niño, 0-18 años de edad, que están inscritos en un programa de Medicaid o son elegibles para Medicaid

SEGURO MEDICO: Favor de proveer la siguiente información

SEGURO MEDICO PRIMARIA:

Compañía de Seguro medico: _____	Nombre del asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____
☐ Marque la casilla si el seguro es el mismo que el de otros miembros de la familia, proporcione el nombre del cliente para referencia.: _____		

SEGURO MEDICO SECONDARIA:

Compañía de Seguro medico: _____	Nombre del asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____
☐ Marque la casilla si el seguro es el mismo que el de otros miembros de la familia, proporcione el nombre del cliente para referencia.: _____		

Hay ciertas vacunas recomendadas para varios grupos según la edad, las vacunas se recomiendan, pero no son obligatorias.

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar que vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde “sí” a alguna pregunta, no significa necesariamente que usted no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención medica que se la explique.

Preguntas	Sí	No	Comentarios
1. ¿Está enfermo hoy?			
2. ¿Tiene alérgias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o al latex?			
3. ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?			
4. ¿Tiene un problema de salud de largo plazo con enfermedades cardiacas, pulmonares, renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólica, un trastorno de la sangre, o un implante coclear?			
5. ¿Toma regularmente aspirina o medicamento con salicilato?			
6. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?			
7. ¿Tiene un padre/una madre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunitario?			
8. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, o otros esteroides, o algo contra el cáncer, o para el tratamiento del artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn, o la psoriasis, o ha recibido radioterapia?			
9. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?			
10. ¿Le han diagnosticado alguna vez con cardiopatía?			
11. Durante el año pasado, ¿ha recibido globulina inmunitaria (gamma), sangre/hemoderivados, o un fármaco antiviral?			
12. Sola Mujeres: ¿Está embarazada?			
13. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
14. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?			
15. ¿Siente ansiedad por ponerse una inyección hoy?			
16. SOLO PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19: Entiendo que los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 son mayores para las personas de 65 años o más y para las personas menores de 65 años con una afección médica que las exponga a un mayor riesgo de contraer la COVID-19 grave. Entiendo que los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 son menores para las personas sin mayor riesgo de contraer la COVID-19.			

Nurse Notes:

FINANCIERO: El costo de un servicio facturable es la responsabilidad del cliente/garante. Pagos mensuales y de cualquier cantidad se requieren para prevenir que la facture pase a una agencia de cobros. Para saldos pendientes, un plan de pago se puede arreglar con el personal de oficina. Al firmar, doy mi consentimiento para facturación a terceros, incluyendo el pago de los beneficios del gobierno a EIPH, y entiendo que los servicios elegibles para los honorarios móviles se facturarán al 100% a los pagadores de terceros.

SEGURO MÉDICO (si se aplica): Como una cortesía, EIPH facturará a su seguro médico primario para algunos servicios, sin embargo, *EIPH no es un proveedor preferido para todos los seguros médicos*. Se recomienda que usted consulte con su seguro médico con respecto a la cobertura. Al cliente/garante se le cobrará por cualquier saldo restante después de que el seguro ha sido procesado.

Medicare (si aplica): EIPH facturará a Medicare Parte B por las vacunas contra la gripe y la neumonía (y en una base limitada de otras vacunas). La mayoría de las otras vacunas cubiertas por Medicare son a través de Medicare Parte D. EIPH procesará Medicare Parte D para la cobertura.

SERVICIOS MÉDICOS/TRATAMIENTO

- El cuidado de salud en EIPH puede ser proporcionado por una enfermera partera certificada, médico, asistente médico, practicante de enfermería, enfermera licenciada, o otro profesional calificado. Doy mi consentimiento para el examen y las pruebas, y el tratamiento. También entiendo que tengo el derecho de tener respuestas a mis preguntas y el derecho de rechazar cualquier procedimiento o pruebas.
- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por motivos religiosos o de otro tipo, sin exponerse a represalias. Entiendo que la información sobre la vacuna(s) está disponible para mí en EIPH. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna(s) y pido que la vacuna(s) se dé a mí o a la persona para quien estoy autorizado para hacer la solicitud.
- Entiendo que la participación y la retirada del registro de vacunación son voluntarias. Si usted no desea participar o retirarse del registro de inmunización de Idaho (IRIS), llame al Programa de Vacunación de Idaho al 208.334.5931.
- Entiendo que para evitar lesiones debidas a caídas de desmayos después de vacunación, se recomienda que la cliente se siente en el vestíbulo por 15 minutos antes de salir del edificio.
- Yo autorizo que den archivos de vacuna sobre mí y mi hijo(a) menor (hasta 18 años) a clínicas, oficinas de médico, guarderías y escuelas. Mis derechos de autorización son disponibles para mí en el EIPH's Aviso de Practicas de Privacidad.
- Me han ofrecido una copia de declaración de información sobre la vacuna(s) para la vacuna(s) indicadas según la edad que podrían administrarse. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo completamente los beneficios y riesgos de cada vacuna indicada y consiento para mi/ mi hijo(a) para recibir cualquier vacuna(s) recomendada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización en este tiempo presente.
- Como algunas condiciones médicas pueden afectar mi cuidado, es mi responsabilidad dar un historial médico tan complete y tan exacto como sea posible. Si surgen algunos problemas que tal vez estén relacionados con mi condición, yo entiendo que debo informárselo a la clínica. Entiendo que es mi responsabilidad buscar servicio médico en cualquier otra parte para cualquier otro problema médico más allá de lo que se provee en esta clínica.
- Entiendo que tengo el derecho de negarme a cualquier procedimiento o servicio incluyendo la prueba rápida del VIH que se me recomiende. Al negarme a recibir cierto tipo de servicio no perjudica que yo recibir servicio apropiado para otros problemas o preocupaciones.
- Sé que todos los servicios proveídos por la clínica son confidenciales. Entiendo que los resultados de algunas pruebas para detectar enfermedades venéreas y otras enfermedades tienen que reportarse al Departamento de Salud en una manera confidencial, según lo requiere la ley.
- Nuestros servicios son confidenciales; sin embargo, si usted tiene menos de 18 años de edad y comparte una historia de abuso sexual o físico, o de negligencia, la ley requiere lo reportemos al Departamento de Salud y Bienestar. Por favor pregúntenos si tiene cualquier pregunta sobre estas leyes.

ATESTACIÓN DE ESTATUS LEGAL- aplica solo a individuos de 18 años de edad o mayor: Atestigo bajo pena de perjurio que soy ciudadano de los Estados Unidos, o un residente permanente legal, o que de otra manera estoy legalmente presente en los Estados Unidos de acuerdo con la ley Federal.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)/PRACTICAS DE PRIVACIDAD: EIPH está obligado por ley a mantener la privacidad de su información medica. Su información se utilizará para el propósito de tratamiento, pago, y las operaciones de EIPH. Usted puede solicitar una copia de las prácticas de privacidad EIPH en cualquier momento. Las personas que pagan en totalidad y de su bolsillo para un articulo o servicio, podrán solicitar que su información de salud protegida no sea compartida con su seguro médico o plan de salud.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a: Oficial de Privacidad: Eastern Idaho Public Health
1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401

FIRMA

Al firmar abajo, confirmé que: • Leí y comprendo la información arriba • Me han ofrecido una copia de HIPAA EIPH de Practicas de Privacidad • Me han ofrecido una copia de la póliza financiera de EIPHD • Me han ofrecido información sobre la vacuna (si es aplicable) • Soy padre o guardián legal del menor (según corresponda)	Firma de consentimiento/permiso Fecha
--	---