



**Consentimiento de vacunación del Departamento de Salud Pública del
Condado de Maricopa (Maricopa County Department of Public Health)**

**Formulario de consentimiento para la vacuna
contra la viruela del mono/Jynneos**

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Usted es: Trabajador de la salud
Personal de laboratorio Otro

Raza: Blanco asiático Negro o afroamericano Hispano indio americano o nativo de Alaska Hawaiano o de otras islas del Pacífico
 Otro Etnia: Hispano o latino Ni hispano ni latino

Género: _____ Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____

¿Tiene cobertura de seguro para las vacunas? No Sí Nombre del seguro: _____

N.º de identificación/del seguro social _____

Para los pacientes que serán vacunados

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el que no debemos administrarle la vacuna de Jynneos hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Simplemente significa que se le deben hacer preguntas adicionales. Si alguna pregunta no es clara, solicite a su proveedor de atención médica para que se le explique.

1. ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas graves a algún componente de la vacuna, incluyendo los que se presentan en cantidades muy pequeñas o a la proteína de huevo, a la ciprofloxacina, o a la gentamicina?
Sí No
2. ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas graves a otra vacuna o medicamento inyectable?
Sí No
3. ¿Está embarazada o amamantando o planea quedar embarazada?
Sí No No aplica
4. ¿Tiene antecedentes de cicatrices queloides?
Sí No
5. ¿Tiene una condición inmunocomprometida o está recibiendo un tratamiento que debilita el sistema inmunitario?
Sí No

Certifico que la información que he dado es verdadera y precisa.

Me han dado una copia de la Declaración de información sobre la vacuna de Jynneos.

Firma del paciente/tutor: _____

Firma en letra de molde _____ Fecha _____

Staff Only: Vaccine Administration

ASIS #: _____

Nurse Signature _____ Date _____

Jynneos Site: _____ Route: ID or SQ Dose: 0.1ml or 0.5ml

Jynneos vaccine lot number: _____ **Expiration Date:** _____ **NDC#** 50632-001-02