

Fecha de hoy _____ Nombre (por favor apunte) _____ Fecha de Nacimiento _____

Forma para vacunarse de VPH/ CONSENTIMIENTO [INJ # _____]

¿Sabes si tienes alergias a algunas comidas, medicamentos, o vacunas? sí no
Hagas una lista:

¿Estás embarazada o hay una posibilidad que saldrás embarazada dentro de los próximos tres meses? sí no

¿Has tenido una reacción muy grave después de vacunarse? sí no

¿Te han vacunado dentro de las últimas cuatro semanas? sí no

¿Estás enferma hoy? sí no

¿Tienes cáncer, leucemia, SIDA u otros problemas con el sistema inmunológico? sí no

¿Tomas cortisona, prednisona, esteroides u otras drogas de anticancer o has tenido tratamientos de rayos-X?
 sí no

¿Durante el año pasado, te pusieron una transfusión de sangre o productos de sangre o te dieron un medicamento llamado
immune (gamma) globulin? sí no

¿Trajiste el archivo de vacunas contigo hoy? sí no

He leído la página informativa sobre la vacuna y VPH que me dieron hoy.
He tenido una oportunidad hacer preguntas y las contestaron a mi satisfacción.
Entiendo los beneficios y los riesgos de vacunarse y me gustaría la vacuna para mí y/o mi niño.
Entiendo que hay 3 inyecciones en total que me van a poner para que la vacuna es completamente eficaz.
Entiendo que la vacuna no sustituye por la prueba papanicolau que es la prueba para detectar cáncer cervical.
Consiento quedarme en la clínica por 15 minutos para observación después de ponerme la inyección.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del guardián (si el cliente tiene menos de 18 años) _____ Fecha _____

Firma del intérprete _____ Fecha _____

Para pacientes mayores de 26 solamente, CONSENTIMIENTO DE USO FUERA DE ETIQUETA

Esta vacuna esta aprobada por la Administración Federal de Drogas para niñas y mujeres de 9 a 26. A pesar de que sea mayor de 26 años, todavía puede obtener algún beneficio de la vacuna contra el VPH, pero está optando por utilizar esta vacuna “fuera de etiqueta.” Como tal, usted asume todos los riesgos de la vacuna. Al firmar a continuación usted libera a Boulder Valley Women’s Health Center y sus empleados de cualquier responsabilidad relacionada con la administración de esta vacuna.

Firma del cliente _____ Fecha _____