

Suplemento para la Hoja de Información sobre la vacuna antirrábica

1. Estoy de acuerdo en que la persona mencionada a continuación reciba la vacuna antirrábica o la inmunoglobulina antirrábica humana (HRIG) indicadas a continuación.
2. Recibí o se me ofreció una copia de la declaración de información sobre vacunas (VIS) de la vacuna antirrábica y la HRIG arriba mencionadas.
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que la vacuna antirrábica y la HRIG previenen.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de la vacuna antirrábica y la HRIG.
5. He tenido oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna antirrábica y la HRIG, y sé cómo se dan la vacuna antirrábica y la HRIG.
6. Sé que a la persona mencionada a continuación se le pondrá la vacuna antirrábica o la HRIG en el cuerpo para prevenir la enfermedad.
7. Soy un adulto que legalmente puede dar el consentimiento por la persona mencionada a continuación para que le den la vacuna antirrábica o la HRIG y de forma libre y voluntaria doy mi permiso firmado para la vacuna antirrábica o la HRIG.

Preparación o preparaciones dadas: Inmunoglobulina antirrábica humana (HRIG) Vacuna antirrábica

Información sobre la persona a recibir la vacuna antirrábica o la inmunoglobulina antirrábica humana (HRIG) (por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)
				M F
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal
Firma de la persona a recibir la vacuna antirrábica o la HRIG o la persona autorizada para hacer la petición (padre o tutor)			Fecha: _____	(mm/dd/aa)
Firma de la persona que repasó este formulario con el receptor de la vacuna antirrábica o la HRIG (testigo)			Fecha: _____	(mm/dd/aa)
Firma del médico responsable			Fecha: _____	(mm/dd/aa)

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

SÓLO PARA USO CLÍNICO (FOR CLINIC USE ONLY)

Biologicals	Dosage	Date Administered	Lot Number	Expiration Date
HRIG				
Rabies Vaccines # 1				
Rabies Vaccines # 2				
Rabies Vaccines # 3				
Rabies Vaccines # 4				
Rabies Vaccines # 5				

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.