



Neighborhood Medical Center
 5917 Beltline Road
 Dallas, TX 75254
 972-726-6464 – Phone
 972-726-6444 – Fax
 www.neighborhoodmedicalcenter.co



B-12 Formulario de Consentimiento

Paciente Información y Consentimiento

Apellido:	Nombre Primero:	Inicial del Segundo nombre:
Empleador:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ___ Varón ___ Hembra	

B-12 Cuestionario de Inyección

<p>¿Estás tomando medicamentos? __Si __No</p> <p>¿Estás embarazada? ___Si __No</p> <p>¿Alguna vez ha recibido tratamiento o ha tenido alguna indicación o historial conocido de lo siguiente?</p> <p style="padding-left: 40px;">Alergia al Cobalto ___Si __No</p> <p style="padding-left: 40px;">Desorden sanguíneo ___Si __No</p> <p style="padding-left: 40px;">Trastorno del corazón o vasos sanguíneos ___Si __No</p> <p style="padding-left: 40px;">Trastorno nervioso o mental ___Si __No</p> <p style="padding-left: 40px;">Dolor reciente en el pecho o ataque cardíaco ___Si __No</p> <p style="padding-left: 40px;">Convulsiones ___Si __No</p> <p style="padding-left: 40px;">Epilepsia ___Si __No</p>	<p>Por la presente, certifico que la historia anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción, y deseo recibir este procedimiento entendiendo completamente los riesgos y los beneficios. El riesgo y los posibles efectos secundarios pueden incluir dolor, fiebre y dolor durante uno o dos días. Como con la mayoría de los medicamentos o vacunas, existe la posibilidad de reacciones alérgicas o reacciones más graves, incluso la muerte. Por la presente consiento la administración de la vacuna.</p> <p>Además, libero y descargo para siempre para mí, mis herederos, ejecutores, administradores y cesionarios, Neighborhood Medical Center y sus empleados, propietarios y representantes, así como la empresa que patrocina este evento y sus agentes, representantes, empleados, sucesores, cesionarios, órganos de gobierno y comités asesores de todos y cada uno de los reclamos, demandas, acciones y causas de acción que puedan resultar de la participación en este programa.</p> <p>Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando mi revocación por escrito a NMC o Walk in para firmar una revocación.</p> <p>A menos que se revoque, el consentimiento nunca caducará.</p>
--	--

Firma:	Fecha:
--------	--------

Immunization Given	Mfg.	Lot #	Exp. Date	Injection Site	Administered By:	<u>Payment</u> Card: \$ Chk: \$ # Employer: \$
Por la presente autorizo a NMC a cargar mi cuenta de tarjeta de crédito				Firma:		



Neighborhood Medical Center
5917 Beltline Road
Dallas, TX 75254
972-726-6464 – Phone
972-726-6444 – Fax
www.neighborhoodmedicalcenter.co

B-12

Card #:	Exp: Date	CVV:
---------	-----------	------