

# Consentimiento informado para vacunación con vacuna inactivada

M  F  Otro

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
			(      )	-	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular

N.º de id. de Medicare Parte B: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Negro o afroamericano  Hispano  Indio americano  Caucásico  Isleño del Pacífico  Dos o más  Otra: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Hispano o latino  No hispano ni latino  No lo dice (desconocido)

Vacunas que pide:  Gripe  COVID-19  Neumonía  Herpes zóster  Tétanos  Otra (especifique): \_\_\_\_\_

¿En qué brazo prefiere que le pongan la vacuna? Escriba su peso SI PESA MENOS de 66 libras: \_\_\_\_\_ lb.

(Encierre en un círculo)     Izquierdo     Derecho    Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_  
 Dirección del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Preguntas de evaluación – NOTA: SI SE COMPLETARON EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE DE QUE NO HAYA CAMBIOS		Sí	No	
1.	¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Tiene alguna alergia grave a ALGÚN medicamento, comida, mascota, alérgeno ambiental, medicamento oral o al látex (p. ej., huevos, gelatina, thimerosal, neomycin, gentamicin, polyethylene glycol (PEG), polisorbate, etc.)? Si la respuesta es "Sí", lístelos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Ha tenido alguna vez una reacción grave o se ha desmayado después de recibir una vacuna o un medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Recibió ya una dosis de la vacuna del COVID-19? (Solo COVID-19) Si la respuesta es "Sí", ¿qué producto recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J Fecha(s): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Recibió terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) para tratar el COVID-19 en los últimos 90 días? (Solo COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? (Solo Tdap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Tiene alguna condición o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunitario? Si la respuesta es "Sí", especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Necesidades de vacunación		Sí	No	No lo sé
9.	Marque todas las que se apliquen a usted: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años Si marcó alguna de arriba, ¿recibió alguna vez la vacuna de la NEUMONÍA? Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pacientes mayores de 50 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna del HERPES ZÓSTER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Hace cuántos años recibió la vacuna ANTITETÁNICA por última vez?	_____ años		<input type="checkbox"/>
12.	Pacientes menores de 45 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna del HPV (virus del papiloma humano)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna de la meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Indique sobre qué vacunas quiere recibir más información <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas y rubeola) <input type="checkbox"/> Vacunas necesarias para viajar <input type="checkbox"/> Otras: _____			

**Consentimiento informado: Lea y firme.**

Firmando abajo, doy mi consentimiento para que me administre las vacunas un farmacéutico o un estudiante de farmacia supervisado o un técnico, u otra persona autorizada (si la ley o las directrices estatales/federales lo permiten) que sea empleado de Albertsons Companies o de una de sus farmacias afiliadas, o esté contratado por estas, y para que se comuniquen conmigo al número que di arriba, para hablar de otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible. La información de arriba es verdadera y correcta. Confirmando que cumplo los criterios de elegibilidad para la vacunación (si los hay); si soy el padre/madre/tutor de un paciente menor, confirmo que el paciente menor cumple los criterios de elegibilidad para la vacunación. Además, libero a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo cualquier acto u omisión, que sea consecuencia o que surja como resultado de mi vacunación o la del menor. Entiendo que: 1) He decidido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que debo pagar todos los productos y servicios que reciba, si corresponde. 2) Es posible que sea responsable del pago después de la fecha de servicio, si el producto o el servicio se factura a mi beneficio médico. 3) Soy mayor de edad y puedo firmar este formulario de consentimiento, o soy el padre/madre/tutor del paciente menor de edad. 4) Informaré de inmediato al farmacéutico de cualquier condición que pueda afectar negativamente a mi salud o a la eficacia de la vacuna. 5) Me informaron de los potenciales efectos secundarios después de la vacunación, de cuándo podrían aparecer, y de cuándo y dónde debería buscar tratamiento. Soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico, asumiendo los gastos, si tengo algún efecto secundario. 6) Debo permanecer en el área para observación por 15 minutos, a menos que tenga un historial de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier gravedad a vacunas o tratamientos inyectables, o si tengo un historial de anafilaxia por cualquier causa, en ese caso debo quedarme en el área para observación por 30 minutos después de la vacunación. Si salgo del área y no espero, acepto que lo hago a mi propio riesgo y contra el consejo del profesional que me vacunó. 7) Leí, o me leyeron, la Declaración de información de la vacuna (VIS) o la Autorización para uso de emergencia (EUA) de las vacunas que me administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y respondieron todas mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas. 8) Me ofrecieron o me dieron una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la compañía, según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). 9) Esta vacunación, incluyendo cualquier vacunación que tenga más protecciones de privacidad según las leyes federales o estatales, está sujeta al informe por parte de la farmacia o de sus socios comerciales a un registro de vacunaciones, que puede compartir mi información de vacunación con otros, y a mi médico de atención primaria, al médico que dio la autorización o al Departamento de Salud local, si corresponde, y autorizo dichas revelaciones. (Solo para Nueva Jersey: Autorizo \_\_\_ no autorizo \_\_\_ que se informe a mi proveedor de atención primaria de que recibí esta vacuna. Entiendo que, si no marco si autorizo o no autorizo, servirá como autorización). (Solo para Dakota del Sur y Massachusetts: Entiendo que tengo derecho a negarme a que se compartan mis datos con las partes mencionadas arriba mediante tales registros).

X  
 Firma del paciente o del padre/madre/tutor del paciente menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

For Pharmacy Use Only								
Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Publication Date
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	

Name of Administrator: \_\_\_\_\_ Administration Date: \_\_\_\_\_  NPP Offered    Rph Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RPH Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]: \_\_\_\_\_

WA ONLY: Substitution Permitted: \_\_\_\_\_ Dispense as Written: \_\_\_\_\_

RxBIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): \_\_\_\_\_

Billing Info (off-site only) Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_