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** ( ) - ❒ Casa ❒ Celular

N.º de id. de Medicare Parte B: _____ **Últimos 4 dígitos del SSN:** _____ **N.º de licencia de conducir:** _____

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?	❒	❒	
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: _____	❒	❒	
3.	¿Ha tenido alguna vez una reacción grave o se ha desmayado después de recibir una vacuna o un medicamento inyectable?	❒	❒	
4.	¿Recibió ya una dosis de la vacuna del COVID-19? *(Solo COVID-19)* Si la respuesta es "Sí", ¿qué producto recibió? ❒ Pfizer ❒ Moderna ❒ J&J Fecha: _____	❒	❒	
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)*	❒	❒	
6.	¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? *(Solo Tdap)*	❒	❒	
7.	¿Tiene alguna condición o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunitario? Si la respuesta es "Sí", especifique: _____	❒	❒	
8.	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?	❒	❒	
Necesidades de vacunación		**Sí**	**No**	**No lo sé**
9.	Marque todas las que se apliquen a usted: ❒ Asma ❒ Diabetes ❒ Enfermedad del corazón ❒ Fumador de tabaco ❒ Mayor de 65 años Si marcó alguna de arriba, ¿recibió alguna vez la vacuna de la NEUMONÍA? Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____	❒	❒	❒
10.	Pacientes mayores de 50 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna del HERPES ZÓSTER?	❒	❒	❒
11.	¿Hace cuántos años recibió la vacuna ANTITETÁNICA por última vez?	_____ años		❒
12.	Pacientes menores de 45 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna del HPV (virus del papiloma humano)?	❒	❒	❒
13.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna de la meningitis?	❒	❒	❒
14.	Indique sobre qué vacunas quiere recibir más información ❒ Hepatitis A ❒ Hepatitis B ❒ MMR (sarampión, paperas y rubeola) ❒ Vacunas necesarias para viajar ❒ 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. Confirmo 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**: _____