

Consentimiento informado para la inmunización con vacunas inactivadas y vivas

M F

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento ()	Edad	Sexo asignado en el nacimiento
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular

Vacunas que se solicitan:

 Gripe COVID-19
 Neumonía Herpes zóster
 Hepatitis B
 Tétanos/Tos ferina
 Otras: _____

Origen étnico:

 Hispano o latino
 No hispano o latino
 Rechaza responder (desconocido)

Raza: Asiático Indio americano
 Isleño del Pacífico Negro o afroamericano
 Caucásico Dos o más Otro

Escriba su peso si pesa menos de 66 libras: _____ libras.

¿Qué brazo prefiere para la vacuna? Izquierdo Derecho

Correo electrónico: _____

Solo para pacientes con Medicare: Últimos 4 dígitos del SSN: _____

N.º de identificación de Medicare, parte B: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____ **Dirección:** _____

Preguntas de la evaluación		Sí	No
1.	¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene alergias a medicamentos, comida o vacunas? Si respondió Sí, mencione a qué: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de vacunarse (por ejemplo: síndrome de Guillain-Barré)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Para mujeres: ¿está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Marque todas las que le correspondan: Asma o enfermedades de los pulmones Diabetes Enfermedades del corazón Fumador
 Trastorno convulsivo o cerebral (solo Tdap) ¿Tiene alguna condición médica o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunológico? (por ejemplo: cáncer, leucemia, VIH, herpes zóster activo, esteroides por vía oral, medicamentos para el cáncer o antivirales).

6. Indique sobre qué vacunas le gustaría obtener más información Hepatitis A MMR (sarampión, paperas, rubeola) Vacunas necesarias para viajar
 Vacunas de la infancia Otra: _____ No estoy seguro: me gustaría que se hiciera una evaluación de las potenciales deficiencias o necesidades de vacunación.

Necesidades de inmunización		Sí	No	No estoy seguro
7.	¿Se ha vacunado alguna vez contra la NEUMONÍA? Si respondió Sí, ¿cuándo y qué tipo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pacientes mayores de 50 años o inmunodeprimidos: ¿se ha vacunado alguna vez contra el HERPES ZÓSTER? Si respondió Sí, ¿en qué fechas?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pacientes de 19 a 59 años: ¿lo han vacunado con una serie de vacunas contra la hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pacientes menores de 46 años: ¿se ha vacunado contra el HPV (virus del papiloma humano)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿se ha vacunado contra la meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Cuántos años han pasado desde su última vacuna del TÉTANOS? _____ años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLO VACUNAS VIVAS (varicela, cólera, gripe intranasal, MMR [®] II, rotavirus, vía oral contra la tifoidea y fiebre amarilla)		Sí	No
13.	¿Lo han vacunado en las últimas 4 semanas? Si respondió Sí, mencione qué vacunas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Durante el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o producto de la sangre, le dieron un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) o le hicieron radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Le quitaron la glándula timo o tiene problemas con el timo, como miastenia grave, síndrome de DiGeorge o timoma? (solo para fiebre amarilla).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Actualmente toma antibióticos o medicamentos contra la malaria? (solo por vía oral contra la tifoidea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Tiene historia de trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? (Solo para MMR [®] II).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Para menores de 18 años: ¿toma aspirin o algún medicamento que contiene aspirin? (Solo para la gripe intranasal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento informado: Lea y firme.

Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se me administren las vacunas por un farmacéutico o un estudiante de farmacia supervisado o técnico, u otra persona autorizada, donde la ley o la directriz estatal/federal lo permita, empleado o contratado por Albertsons Companies o en una de sus farmacias afiliadas y para que se comuniquen conmigo al número mencionado arriba sobre otras inmunizaciones que deba recibir o para las que sea elegible. La información de arriba es verdadera y correcta. Doy fe de que cumpla los criterios de elegibilidad para la vacunación (si lo hay); si soy el padre/madre/tutor de un paciente menor, doy fe que el paciente menor de edad cumple los criterios de elegibilidad para la vacunación. Además, eximo a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo cualquier acto de omisión o comisión, que sea consecuencia o que surja como resultado de mi vacunación o la del menor. Entiendo que: 1) Voluntariamente elegí vacunarme. Si voy a vacunarme contra la gripe y es antes del 1 de septiembre, o bien soy uno de los padres que firma en nombre de mi hijo que va a vacunarse, o estoy embarazada en mi tercer trimestre, o no puedo volver en una fecha posterior. 2) Autorizo a Albertsons Companies a presentar un reclamo de reembolso en mi nombre a Medicare o cualquier otro tercero pagador contratado; incluyendo mi empleador, si pagan directamente mi vacunación; si se niega el reclamo, entiendo que seré responsable del pago. 3) Soy mayor de edad y puedo firmar este formulario de consentimiento o soy el padre/madre/tutor del paciente menor de edad. 4) Avisaré de inmediato al farmacéutico de cualquier condición médica 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, buscándole de mi bolsillo, si tengo algún efecto secundario. 6) Debo quedarme en el área para observación por 15 minutos, a menos que tenga una historia de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier gravedad a vacunas o tratamientos inyectables o si tengo una historia de anafilaxia por cualquier causa, 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 bajo mi propio riesgo y en contra del 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") dada para las vacunas que me administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas las han respondido a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y 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 de mi farmacia o de su socio de negocios a un Registro de inmunizaciones, que puede compartir mi información de inmunización con otras personas y a mi médico de atención primaria, al médico que dio la autorización o al Departamento de Salud (Department of Health) local, si corresponde, y autorizo dichas revelaciones. (Solo para Nueva Jersey: Autorizo ___ no autorizo ___ que se informe a mi proveedor de atención primaria que recibí esta vacuna. Entiendo que de no marcar si autorizo/no autorizo, servirá como autorización). (Solo para Dakota del Sur, Maine, Massachusetts y Nuevo Hampshire: Entiendo que tengo derecho a oponerme a que se compartan mis datos con las partes mencionadas arriba por medio de dichos registros). En el caso del padre/madre/tutor del menor, el consentimiento que se incluye abajo confirma la recepción del aviso por escrito de que debe visitar a un pediatra anualmente.

X _____
Firma del paciente o del padre/madre/tutor del paciente menor de edad (escriba la relación con el menor) Nombre en letra de molde Fecha

La parte de abajo es para uso exclusivo de la farmacia: WA ONLY: Substitution Permitted: _____ Dispense as Written: _____

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date
COVID-19 (_____)					# _____	IM	R / L Deltoid	
Flu (_____)						IM	R / L Deltoid	
Shingrix [®]			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022
Pvovnar 20 [®]			Pfizer	0.5	1	IM	R / L Deltoid	
							R / L _____	

Ordering RPH Signature: _____
Name of Administrator: _____
Admin/VIS Provided Date: _____ NPP Offered
Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RxBIN: _____ **PCN:** _____ **Group #:** _____ **ID#:** _____
Medical (Name, ID#, Group#): _____
 Offsite Clinic **Clinic Name:** _____ **Clinic Address:** _____

ICIMZIV 202306