

## Consentimiento informado para recibir vacunas inactivadas y vivas

Apellido		Nombre		Segundo nombre		Fecha de nacimiento		Edad		Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No binario	
Domicilio		Ciudad		Estado		Código postal		N.º de teléfono		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	
<b>Vacunas que se solicitan:</b> <input type="checkbox"/> Gripe <input type="checkbox"/> COVID-19		<b>Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder (Desconocido)		Especifique su peso si pesa menos de 66 libras: _____ libras.		<b>Solo para pacientes con Kaiser:</b> Si o No Kaiser MRN# _____					
<b>¿Qué brazo prefiere para la vacuna?</b> <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho		<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Dos o más <input type="checkbox"/> Otro		<b>Proveedor de atención primaria</b> Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____							

Preguntas de evaluación – SI SE COMPLETARON EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE		Sí	No	
1.	¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o vacunas? Si la respuesta es "sí", especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Tiene alguna condición médica o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunológico? (p. ej. cáncer, leucemia, VIH, herpes zóster activo, toma prednisona, esteroides por vía oral, medicamentos para el cáncer o antivirales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Alguna vez ha recibido 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 Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando embarazarse en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? (Solo Tdap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacunas necesarias		Sí	No	No estoy seguro
8.	Marque todas las que le correspondan: <input type="checkbox"/> Asma o enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna de la NEUMONÍA? Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y qué tipo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pacientes mayores de 50 años o inmunocomprometidos: ¿Alguna vez ha recibido la vacuna del HERPES ZÓSTER? Si la respuesta es "sí", ¿en qué fecha? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Cuántos años han pasado desde su última vacuna del TÉTANOS? _____ años			<input type="checkbox"/>
11.	Pacientes de 19 a 59 años de edad: ¿Alguna vez ha recibido una serie de vacunas de la hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pacientes menores de 46 años: ¿Alguna vez ha recibido la vacuna del HPV (virus del papiloma humano)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿Alguna vez ha recibido una vacuna de la meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Indique sobre qué vacunas le gustaría obtener más información <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola) <input type="checkbox"/> Vacunas necesarias para viajar <input type="checkbox"/> Vacunas de la infancia <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No estoy seguro: me gustaría que se hiciera una evaluación de las posibles deficiencias o necesidades de vacunación			
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

### 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 o esté contratado en Albertsons Companies o en una de sus farmacias asociadas y para que se comuniquen conmigo al número que di arriba sobre otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible. La información de arriba es verdadera y correcta. Confirmando que cumpla 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 de omisión o comisión, que sea consecuencia o que surja como resultado de mi vacunación o la del menor. Entiendo que: 1) He elegido voluntariamente recibir la vacuna. 2) Sin vacuna del COVID: Autorizo a Albertsons Companies a presentar un reclamo de reembolso en mi nombre a Medicare o cualquier otro tercer pagador contratado; si se niega el reclamo, entiendo que será 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) 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 posibles 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 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 contra el asesoramiento del profesional que me vacunó. 7) He leído, 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 las han respondido todas 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/no autorizo, servirá como autorización). (Solo para Dakota del Sur, Maine, Massachusetts y Nuevo Hampshire: Entiendo que tengo derecho a negarme a que se compartan mis datos con las partes mencionadas arriba por tales registros).

X

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

Vacuna antigripal de la próxima temporada antes del 1 de septiembre, marque lo que corresponda:  Menor < 18 años de edad  Embarazada (3er. trimestre)  no puede regresar en una fecha posterior para la vacunación

#### Below for Pharmacy Use Only:

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
Prevnar 20®			Pfizer	0.5	1	IM	R / L Deltoid	2/4/2022
							R / L _____	
							R / L _____	

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

Ordering RPh Signature: _____ Name of Administrator: _____ Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered Counseling (Please circle): Accepted / Declined	RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____ Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): _____ <input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____
---	--