

## Consentimiento informado para vacunación

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad ( )	Sexo asignado en el nacimiento
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"/> Otro: _____		<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder (Desconocido)		Escriba su peso si pesa menos de 66 libras: _____ libras.	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Dos o más <input type="checkbox"/> Otro		<b>¿Qué brazo prefiere para la vacuna?</b> <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Correo electrónico: _____ Kaiser Miembro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, Kaiser MRN #: _____ 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, haga una lista: _____	<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, amamantando o está considerando quedar embarazada en el próximo mes? <b>Si está embarazada</b> , edad gestacional: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Marque todas las que le correspondan:</b> <input type="checkbox"/> Asma/enfermedades de los pulmones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/trastorno del cerebro <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones/diálisis <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> ¿Le extirparon la glándula timo o tiene problemas con su timo como miastenia gravis, síndrome DiGeorge o timoma? (únicamente fiebre amarilla) <input type="checkbox"/> ¿Toma actualmente antibióticos o medicamentos antipalúdicos? (únicamente vía oral contra la tifoidea) <input type="checkbox"/> ¿Tiene historia de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (Únicamente MMR® II) <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, cáncer, VIH, herpes zóster activo, esteroides orales, medicamentos contra el cáncer o antivirales, transfusión de sangre o productos derivados, inmunoglobulina, radioterapia) <input type="checkbox"/> ¿Recibió alguna vacuna durante las últimas 4 semanas? Si respondió Sí, haga una lista: _____		
6. Indique sobre qué vacunas le gustaría obtener más información. <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubeola) <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 potenciales deficiencias o necesidades de vacunación		

### Consentimiento informado: lea y firme.

Con mi firma abajo, doy mi consentimiento para que un farmacéutico o un estudiante para farmacéutico o técnico supervisado, u otra persona autorizada, me administre las vacunas donde lo permita la ley o la orientación estatal/federal, empleado o contratado por Albertsons Companies o una de sus farmacias afiliadas, y para que se comuniquen conmigo al número entregado arriba con respecto a otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible. La información de arriba es verdadera y correcta. Doy fe de que cumplo los criterios de elegibilidad para la vacunación (si los 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, 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) Elegí vacunarme voluntariamente. 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) Alertaré inmediatamente al farmacéutico sobre cualquier condición médica que pudiera afectar adversamente mi salud personal o la efectividad de la vacuna. 5) He recibido asesoría sobre los posibles efectos secundarios después de la vacunación, cuándo pudieran suceder, y cuándo y dónde debería buscar tratamiento. Soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico, pagándole 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 sin esperar, acepto que lo hago bajo mi propio riesgo y en contra del consejo del profesional que me vacunó. 7) Leí o me leyerón, las Declaraciones de información de la vacuna ("VIS") o la Autorización para uso de emergencia ("EUA") que me entregaron para las vacunas que me administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y respondieron todas 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act, 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 \_\_\_\_\_

Below for Pharmacy Use Only:

WA ONLY: Substitution Permitted:

Dispense as Written:

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(_____)					N/A	IM	R / L Deltoid		
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid		
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L _____		
							R / L _____		
							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: \_\_\_\_\_  
 Appt Date: \_\_\_\_\_ Appt Time: \_\_\_\_\_ Administration time (OR Only): \_\_\_\_\_

ICIMZIV 20240523