

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
Vacunas que se solicitan:		Grupo étnico:		Correo electrónico:	
<input type="checkbox"/> Gripe <input type="checkbox"/> COVID-19 - Pfizer <input type="checkbox"/> COVID-19 - Moderna		<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.	
¿Qué brazo prefiere para la vacuna?		Raza:			
<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho		<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			

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"/>

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 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) 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** _____

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: _____ NPP Offered
 Counseling (Please circle): Accepted / Declined

ICIMZIV 202208