

Consentimiento informado para la inmunización

M F

Apellido _____ **Primer nombre** _____ **Segundo nombre** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Edad** _____ **Sexo asignado en el nacimiento** _____

Domicilio _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Teléfono** _____ Casa Celular

Vacunas que se solicitan:

- Gripe
- COVID

Origen étnico:

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

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

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

¿Qué brazo prefiere para la vacuna? Izquierdo Derecho **Correo electrónico:** _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____ **Dirección:** _____

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

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

Preguntas de la evaluación

	Sí	No
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna alergias a medicamentos, comidas o vacunas? En caso afirmativo, por favor enumere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir una vacuna? (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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienes Kaiser?: Si ___ No ___

Si tiene Kaiser, por favor escriba su número de registro médico (MRN)

Por la presente doy fe de lo siguiente: (1) Soy mayor de edad y estoy autorizado para firmar este formulario de consentimiento en nombre de mí mismo o de la persona que recibirá la(s) vacuna(s); (2) Consiento voluntariamente la administración de la(s) vacuna(s) por una persona legalmente autorizada para administrar vacunas, que esté empleada o contratada por Albertsons Companies, Inc. o una de sus farmacias afiliadas ("ACI"); (3) La información que he proporcionado en este formulario es correcta y yo, o la persona por la cual estoy dando mi consentimiento, cumplimos con los criterios de elegibilidad para la(s) vacuna(s); (4) Se me ha ofrecido o se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la empresa en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud ("HIPAA"); (5) He recibido, leído o me han explicado la(s) Declaración(es) de Información de Vacuna ("VIS") o la(s) Autorización(es) de Uso de Emergencia ("EUA") para la(s) vacuna(s) que se administrarán; (6) Entiendo los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s), incluyendo el tiempo recomendado para recibir dicha vacuna(s) y los posibles efectos secundarios; y (7) He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que debo informar al farmacéutico sobre cualquier condición médica que pueda afectar mi capacidad para recibir la(s) vacuna(s) de manera segura. Reconozco que se me ha aconsejado permanecer en el área de observación durante 15 minutos después de la vacunación, o si tengo antecedentes de alguna reacción alérgica de cualquier gravedad a una vacuna o medicamento inyectable o de anafilaxis debido a cualquier causa, permanecer en el área durante 30 minutos después de la vacunación. Entiendo que si dejo el área sin esperar, lo hago bajo mi propio riesgo y en contra del consejo médico. Si ocurre un evento adverso, doy mi consentimiento para la administración de medidas de emergencia que se consideren necesarias, incluyendo la administración de epinefrina. En nombre mío o del paciente, sus herederos y representantes personales, libero a ACI y a sus subsidiarias, afiliadas, funcionarios, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo actos u omisiones resultantes en relación con, o de cualquier manera relacionados con la administración de la(s) vacuna(s). Autorizo a ACI a presentar un reclamo de reembolso en mi nombre a Medicare, Medicaid, o cualquier tercero pagador, incluyendo mi empleador si está pagando por la(s) vacuna(s). Si el reclamo es denegado, acepto ser responsable del pago. Reconozco que esta vacuna puede estar sujeta a ser reportada al registro de inmunización de mi estado o al departamento de salud y su posterior compartición con otros proveedores de atención médica. Dependiendo de las leyes de mi estado, entiendo que puedo optar por no recibir dicha información siguiendo los requisitos establecidos por mi estado, incluyendo la notificación a ACI de mi preferencia cuando proceda. Si mi estado requiere un consentimiento expreso para dicho intercambio de datos, mi firma abajo evidencia mi consentimiento, a menos que haya indicado expresamente lo contrario a ACI. (Solo para Nueva Jersey: Autorizo ___ no autorizo ___ el reporte de la recepción de esta vacuna a mi proveedor de atención primaria; el hecho de no marcar autorizar/no autorizar será considerado como autorización). Para padres/tutores de pacientes menores de edad, confirmo que he recibido un aviso por escrito para visitar a un pediatra anualmente. Al firmar abajo, reconozco y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para la vacunación.

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:

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid	
COVID-19 (_____)					N/A	IM	R / L Deltoid	
							R / L	
							R / L	
							R / L	

Ordering RPh Signature: _____ **Name of Administrator:** _____ **Admin/VIS Provided Date:** _____ NPP Offered

Counseling (Please circle): Accepted / Declined **Offsite Clinic** **Clinic Name:** _____ **Clinic Address:** _____

Appt Date: _____ **Appt Time:** _____ **Administration time (OR Only):** _____

WA ONLY: Substitution Permitted _____ **Dispense as Written:** _____ ICIMZIV20250605