

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	☐ Casa ☐ Celular
Vacunas que se solicitan: ☐ Gripe ☐ COVID-19	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?	☐	☐
2.	¿Tiene alergias a medicamentos, comida o vacunas? Si respondió Sí, mencione a qué: _____	☐	☐
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de vacunarse (por ejemplo: síndrome de Guillain-Barré)?	☐	☐
4.	Para mujeres: ¿está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?	☐	☐

¿Tienes Kaiser?: Si _____ No _____

Si es Kaiser, por favor escriba su Número de Historial Médico (MRN): _____

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 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, 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, 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 y no espero, acepto que lo hago bajo mi propio riesgo y en contra del consejo del profesional que me vacunó. 7) Lei 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	☐ 1 ☐ 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022
Pfizer 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