

Consimțământ în cunoștință de cauză pentru imunizare

M F

Nume	Prenume	Al doilea prenume	Data nașterii	Vârsta	Sexul atribuit la naștere
Adresa de domiciliu			Oraș	Stat	Cod poștal
Nr. de telefon <input type="checkbox"/> Fix <input type="checkbox"/> Mobil			În care braț preferați să fiți vaccinat(ă)? <input type="checkbox"/> Stâng <input type="checkbox"/> Drept		
Vaccin(-uri) solicitat(-e): <input type="checkbox"/> Gripă <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Zona Zoster <input type="checkbox"/> Hepatita B <input type="checkbox"/> Tetanos/Tuse convulsivă <input type="checkbox"/> VSR <input type="checkbox"/> Hepatita A <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Meningită <input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Altceva: _____			Etnie: <input type="checkbox"/> Hispanic sau latino <input type="checkbox"/> Non-hispanic sau latino <input type="checkbox"/> Refuz să declar (etnie necunoscută) Rasa: <input type="checkbox"/> Asiatic <input type="checkbox"/> Amerindian <input type="checkbox"/> Insular din Pacific <input type="checkbox"/> De culoare sau afro-american <input type="checkbox"/> Caucazian <input type="checkbox"/> Două sau mai multe opțiuni <input type="checkbox"/> Altceva		
Adresă de e-mail: _____ Nume furnizor asistență medicală primară: _____ Telefon: _____ Adresă: _____			Doar pacienți cu Medicare: Ultimele 4 cifre ale numărului de asigurări sociale (Social Security Number, SSN): _____ Nr. de identificare Partea B Medicare: _____		

Întrebări pentru examinare	Da	Nu
1. Vă simțiți rău azi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suferiți de vreo alergie la medicamente, alimente sau vaccinuri? Dacă da, specificați: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ați avut vreodată vreo reacție gravă sau ați leșinat după administrarea unui vaccin (de ex., sindrom Guillain-Barré)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pentru femei: Sunteți însărcinată, alăptați sau doriți să rămâneți însărcinată în luna următoare? Dacă sunteți însărcinată, indicați săptămâna gestațională: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bifați toate opțiunile care vi se aplică: <input type="checkbox"/> Astm/boală pulmonară <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Boală de inimă <input type="checkbox"/> Fumător/Fumătoare de tutun <input type="checkbox"/> Tulburare convulsivă/Tulburare cerebrală <input type="checkbox"/> Boală renală/Dializă <input type="checkbox"/> Boală de ficat <input type="checkbox"/> Asplenie <input type="checkbox"/> Vi s-a îndepărtat chirurgical timusul sau ați avut probleme legate de timus, cum ar fi miastenia gravis, sindromul DiGeorge sau timom? (doar vaccinul împotriva febrei galbene) <input type="checkbox"/> În prezent, luați vreun antibiotic sau medicament împotriva malariei? (doar vaccinul oral împotriva febrei tifoide) <input type="checkbox"/> Aveți antecedente de trombocitopenie sau purpură trombocitopenică? (Doar MMR® II) <input type="checkbox"/> Ospiciu <input type="checkbox"/> Aveți sistemul imunitar slăbit (de ex., cancer, HIV, Zona Zoster activă, steroizi orali, medicamente împotriva cancerului sau antivirale, transfuzie de sânge sau de produse din sânge, imunoglobulină, terapie cu radiații) <input type="checkbox"/> Vi s-a administrat vreun vaccin în ultimele 4 săptămâni? Dacă da, specificați: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vă rugăm să specificați despre care vaccin(-uri) ați dori să aflați mai multe informații: <input type="checkbox"/> Hepatita A <input type="checkbox"/> ROR (rujeolă, oreion, rubeolă) <input type="checkbox"/> Vaccinuri pentru călătorii <input type="checkbox"/> Vaccinurile copilăriei <input type="checkbox"/> Altceva: _____ <input type="checkbox"/> Nu știu sigur: aș dori o evaluare a posibilităților vaccinuri pe care nu le am sau de care am nevoie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consimțământ în cunoștință de cauză: Vă rugăm să citiți și să semnați.

Prin semnătura de mai jos, sunt de acord cu administrarea vaccinului/vaccinurilor de către un farmacist sau un student farmacist sau un tehnician supravegheat sau o altă persoană autorizată, acolo unde este permis de lege sau de ghidurile de stat/federale, angajat sau contractat de Albertsons Companies sau de una dintre farmaciile sale afiliate și sunt de acord să mă contactez la numărul furnizat mai sus cu privire la alte imunizări necesare sau pentru care îndeplinesc condițiile de eligibilitate. Informațiile de mai sus sunt corecte și adevărate. Declar că îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru vaccinare (dacă există); dacă sunt părintele/tutorele pacientului minor, atest că pacientul minor îndeplinește criteriile de eligibilitate pentru vaccinare. De asemenea, absolv Albertsons Companies și subsidiarele, filialele, managerii, directorii, angajații și agenții săi de orice răspundere, inclusiv prin acte de omisiune sau comitere, care rezultă sau decurg din vaccinarea mea sau a minorului. Înțeleg că: 1) Am ales în mod voluntar să primesc acest vaccin. Dacă primesc un vaccin antigripal înainte de 1 septembrie, sunt un părinte și semnez în numele copilului meu care primește vaccinul, sunt însărcinată în al treilea trimestru sau nu am posibilitatea de a reveni la o dată ulterioară. 2) Autorizez Albertsons Companies să dețină o cerere de rambursare în numele meu către Medicare sau către orice alt plătitor terț contractat, inclusiv angajatorul meu dacă acesta plătește direct vaccinarea mea; dacă cererea este respinsă, înțeleg că plata va fi responsabilitatea mea; 3) Sunt major(ă) și sunt autorizat(ă) să completez acest formular de consimțământ sau sunt părintele/tutorele pacientului minor. 4) Voi alerta imediat farmacistul în legătură cu orice afecțiune medicală care poate afecta negativ sănătatea mea sau eficacitatea vaccinului. 5) Am fost sfătuit(ă) în legătură cu efectele adverse posibile de după vaccinare, momentul în care pot apărea acestea și unde ar trebui să solicit tratament. În cazul apariției oricăror efecte adverse, îmi asum responsabilitatea să mă prezint la medicul meu, pe cheltuiala mea. 6) Ar trebui să rămân în zonă pentru observație timp de 15 minute; în cazul în care am antecedente de reacție alergică imediată de orice nivel de severitate la un vaccin sau terapie injectabilă sau în cazul în care am antecedente de anafilaxie din orice cauză, ar trebui să rămân în zonă pentru observație timp de 30 de minute după vaccinare. Dacă plec din zonă fără să aștept, declar că fac acest lucru pe propria răspundere și împotriva recomandării personalului care a administrat vaccinul. 7) Am citit sau mi s-a citit Declarația informativă privind vaccinul (Vaccine Information Statement, „VIS”) sau Autorizația de utilizare în situații de urgență (Emergency Use Authorization, „EUA”) furnizate pentru vaccinul/vaccinurile care urmează să fie administrat(e). Am avut posibilitatea să adresez întrebări și am primit răspunsuri satisfăcătoare la toate întrebările. Înțeleg beneficiile și riscurile vaccinului/vaccinurilor. 8) Mi s-a oferit și/sau furnizat o copie a Notificării companiei privind practicile de confidențialitate în conformitate cu Legea privind portabilitatea și responsabilitatea asigurărilor de sănătate (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Această vaccinare, inclusiv orice vaccinare careia i s-a acordat protecție suplimentară de confidențialitate în temeiul Legii de stat sau federale, este supusă raportării de către farmacia mea sau de asociatul său de afaceri către un registru de imunizare, care poate transmite datele mele de imunizare altor persoane și medicului meu primar, medicului care a autorizat vaccinarea sau departamentului de sănătate local, dacă este cazul, și autorizez ca acestea să fie făcute publice. (Doar New Jersey: Autorizez ___ nu autorizez ___ raportarea faptului că mi s-a administrat acest vaccin către furnizorul meu de asistență medicală primară. Înțeleg că, în cazul în care nu bifez nici că autorizez, nici că nu autorizez, se va interpreta ca autorizare.) (Doar Dakota de Sud, Maine, Massachusetts și New Hampshire: Înțeleg că am dreptul de a mă opune ca datele mele să fie făcute publice către părțile menționate mai sus prin astfel de registre). Pentru părintele sau tutorele unui minor, consimțământul de mai jos confirmă primirea notificării în scris pentru vizita anuală la un pediatru.

X _____
 Semnătura pacientului sau părintelui/tutorelei pacientului minor (indicați relația cu minorul) Nume în clar Data

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: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered Counseling (Please circle): Accepted / Declined	RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____ Medical (Name, ID#, Group#): _____ <input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____ Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____ ICMZIV 20240523
---	--