

Consentimiento informado para vacunación

M 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

Vacunas que se solicitan: Gripe
 COVID-19 Neumonía
 Herpes zóster Hepatitis B
 Tétanos/Tos ferina
 RSV Hepatitis A HPV
 Meningitis MMR
 Otro: _____

Origen étnico: Hispano o latino
 No hispano o latino
 Se niega a 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: _____
Nombre del proveedor de atención primaria: _____
Teléfono: _____ **Dirección:** _____
Solo para pacientes con Medicare: últimos 4 dígitos del SSN: _____
N.º de identificación de Parte B de Medicare: _____

Preguntas de la evaluación Sí No

1.	¿Se siente enfermo hoy?	Sí	No
2.	¿Tiene alergias a medicamentos, comida o vacunas? Si respondió Sí, haga una lista: _____	Sí	No
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de vacunarse (por ejemplo: síndrome de Guillain-Barré)?	Sí	No
4.	Para mujeres: ¿Está embarazada, amamantando o está considerando quedar embarazada en el próximo mes? Si está embarazada , edad gestacional: _____	Sí	No
5.	Marque todas las que le correspondan: <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? (<i>únicamente fiebre amarilla</i>) <input type="checkbox"/> ¿Toma actualmente antibióticos o medicamentos antipalúdicos? (<i>únicamente vía oral contra la tifoidea</i>) <input type="checkbox"/> ¿Tiene historia de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (<i>Únicamente MMR® II</i>) <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: _____	Sí	No
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	Sí	No

Necesidades de inmunización

7.	Fecha de la última: Vacuna de la gripe _____ Vacuna del COVID-19 _____	Sí	No	No estoy seguro
8.	¿Se ha vacunado alguna vez contra la NEUMONÍA? Si respondió Sí, ¿cuándo y qué tipos? _____	Sí	No	No estoy seguro
9.	Pacientes mayores de 60 años: ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra el RSV?	Sí	No	No estoy seguro
10.	Pacientes mayores de 49 años de edad <u>o</u> inmunodeprimido: ¿Se ha vacunado alguna vez contra el HERPES ZÓSTER? Si respondió Sí, ¿en qué fechas?: _____	Sí	No	No estoy seguro
11.	Pacientes menores de 66 años <u>o</u> trabajadores de atención médica: ¿Alguna vez ha recibido una vacuna MMR (sarampión, paperas y rubeola)?	Sí	No	No estoy seguro
12.	Pacientes menores de 59 años <u>o</u> trabajadores de atención médica: ¿Alguna vez ha recibido una serie completa de vacunas contra la hepatitis B?	Sí	No	No estoy seguro
13.	Pacientes menores de 46 años: ¿Alguna vez ha recibido una serie completa de vacunas contra el VPH (Virus del papiloma humano)?	Sí	No	No estoy seguro
14.	Pacientes menores de 43 años: ¿Alguna vez ha recibido 2 dosis de la vacuna contra la varicela?	Sí	No	No estoy seguro
15.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿Alguna vez se ha vacunado contra la meningitis?	Sí	No	No estoy seguro
16.	¿Cuántos años han pasado desde su última vacuna del TÉTANOS?	Sí	No	No estoy seguro

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 cumpla 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 leyeron, 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: _____ **RxBIN:** _____ **PCN:** _____ **Group #:** _____ **ID#:** _____
Name of Administrator: _____ **Medical (Name, ID#, Group#):** _____
 Offsite Clinic **Clinic Name:** _____ **Clinic Address:** _____
Counseling (Please circle): Accepted / Declined **Appt Date:** _____ **Appt Time:** _____ **Administration time (OR Only):** _____ ICIMZIV 20240523