

Consentimiento informado para la inmunización con vacuna inactivada

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">M</td> <td style="padding: 5px;">F</td> <td style="padding: 5px;">Otro</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">(encierre en un círculo)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">Sexo</td> </tr> </table>	M	F	Otro	(encierre en un círculo)			Sexo		
M	F	Otro												
(encierre en un círculo)														
Sexo														

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
-----------	--------	--------	---------------	----------

¿Qué brazo prefiere para la vacuna? Nombre del proveedor de atención primaria _____
 (encierre en un círculo) Vacuna solicitada: _____
 Izquierdo Derecho

Cuestionario de evaluación: Responda a las preguntas marcando las casillas.

Preguntas de evaluación		SÍ	NO
1	¿Está enfermo el día de hoy?		
2	¿Tiene una alergia grave a CUALQUIER medicamento o alimento (p. ej., huevos, gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina, etc.)? En caso afirmativo, por favor enumere: _____		
3	¿Ha tenido alguna vez una reacción grave o se ha desmayado después de recibir una vacuna?		
4	¿Tiene sensibilidad al látex (p. ej., guantes o vendas)?		
5	¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? (vacuna Tdap únicamente)		
6	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?		
7	¿Tiene alguna condición médica o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunológico? En caso afirmativo, por favor enumere: _____		

Consentimiento informado: Por favor lea y firme a continuación.

Mediante mi firma al calce, doy mi consentimiento para que un farmacéutico o un estudiante de farmacia o técnico supervisado, cuando lo permita la ley, empleado por Albertsons Companies o por una de sus farmacias afiliadas, me administre la(s) vacuna(s) y se ponga en contacto conmigo en el número indicado arriba en relación con otras inmunizaciones que debo recibir o tengo derecho a recibir. También libero a Albertsons Companies y sus subsidiarias, afiliados, funcionarios, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo actos de omisión o comisión, que resulten o se deriven de la recepción de esta vacuna. Entiendo que: 1) He elegido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que estoy obligado a pagar por todos los productos y servicios recibidos. 2) Puedo ser responsable del pago después de la fecha de servicio si el producto o servicio se factura a mi beneficio médico. 3) Soy mayor de edad y estoy autorizado a ejecutar este formulario de consentimiento o no soy mayor de edad y he obtenido el consentimiento firmado de un padre o tutor. 4) Alertaré inmediatamente al farmacéutico de cualquier condición médica que pueda afectar negativamente mi salud personal o la eficacia de la vacuna. 5) Se me ha aconsejado sobre los posibles efectos secundarios después de la vacunación, cuándo pueden ocurrir y cuándo y dónde debo buscar tratamiento. Soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico por mi cuenta si experimento algún efecto secundario. 6) Se me ha aconsejado que permanezca en el área durante 15 minutos después de la vacunación para observación. 7) He leído, o me han leído, la Declaración de Información de la Vacuna (VIS) provista para la(s) vacuna(s) a ser administrada(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s). 8) Se me ha ofrecido y/o proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la compañía en cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). 9) Esta vacunación, incluida cualquier vacunación a la que se le conceda protección adicional de la privacidad en virtud de las leyes estatales o federales, está sujeta a la presentación de informes por parte de mi farmacia o su socio comercial a un registro de inmunizaciones, el cual puede compartir mis datos de inmunización con otros, y a mi médico de atención primaria, el médico que autoriza o el Departamento de Salud local, si corresponde, y yo autorizo estas divulgaciones.

X _____
Firma del paciente o del padre, madre o tutor del paciente menor de edad **Fecha**

For Pharmacy Use Only

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Route	Site (circle)	VIS Publication Date
Flu (_____)				0.5 / 0.7	IM	R / L Deltoid	8-15-19
Shingrix			GSK	0.5	IM	R / L Deltoid	10-30-19
						R / L _____	
						R / L _____	

Signature of RPh: _____ Initials of Administrator: _____ Administration Date: _____

Billing Info (off-site only): Medicare (ID# including letters) or Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID) _____

Last 4 digits of SSN: _____

BIN: _____ PCN: _____ Group#: _____ ID#: _____