

Ipinaalam na Pahintulot (Informed Consent) para sa Pagbabakuna ng Inactivated na Bakuna

Apelyido	Pangalan	Panggitnang Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Edad	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">L</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">Iba Pa</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Bilugan ang Isa)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Kasarian</td> </tr> </table>	L	B	Iba Pa	(Bilugan ang Isa)			Kasarian		
L	B	Iba Pa												
(Bilugan ang Isa)														
Kasarian														
Tirahan		Lungsod	Estado	Zip	Telepono									
Aling braso ang gusto mong pabakunahan? (pakibilugan) Kaliwa Kanan		Pangalan ng Tagabigay ng Serbisyo sa Pangunahing Pangangalaga _____												
Hiniling na Bakuna: _____														

Questionnaire sa Screening: Pakisagot ang mga tanong sa pamamagitan ng paglalagay ng check sa mga kahon.

Mga Tanong sa Screening		OO	HINDI
1	May sakit ba kayo ngayon?		
2	May malubha ba kayong allergy sa ANUMANG gamot o pagkain (hal. itlog, gelatin, thimerosal, neomycin, gentamicin, atbp.)? Kung oo, pakilista: _____		
3	Nagkaroon na ba kayo ng malubhang reaksyon o nahimatay na ba kayo pagkatapos makatanggap ng anumang bakuna?		
4	Sensitibo ba kayo sa latex (hal. mga guwantes o benda)?		
5	Mayroon ba kayong seizure disorder o brain disorder? (Tdap lang)		
6	Para sa mga babae: Buntis ba kayo o ikinokonsidera ba ninyo ang pagbubuntis sa susunod na buwan?		
7	Mayroon ba kayong medikal na kondisyon o umiinom ba kayo ng (mga) gamot na puwedeng makapagpahina ng inyong resistensiya? Kung oo, pakilista: _____		

Ipinaalam na Pahintulot (Informed Consent): Pakibasa at pakilagdaan.

Sa pamamagitan ng paglagda ko sa ibaba, pumapayag akong mabigyan ng (mga) bakuna ng isang pharmacist o isang sinusubaybayang student pharmacist o technician, kapag pinapahintulutan ng batas, na nagtatrabaho sa Albertsons Companies o sa isa sa mga affiliated nitong parmasya at makontak sa numerong inilagay sa itaas tungkol sa iba pang bakuna na dapat o kuwalipikado kong tanggapin. Pinapalaya ko rin ang Albertsons Companies at ang mga subsidiary, affiliate, opisyal, direktor, empleyado, at ahente nito mula sa anumang pananagutan, kabilang ang mga kakulangan at pagkakamaling resulta o dulot ng pagtanggap ko sa bakunang ito. Nauunawaan ko na: 1) Boluntaryo kong pinili na tanggapin ang bakuna at nauunawaan ko na obligado akong bayaran ang lahat ng tatanggaping produkto at serbisyo. 2) Posible akong pagbayarin pagkalampas ng petsa ng serbisyo kung sisingilin ang produkto o serbisyo sa aking medikal na benepisyo. 3) Nasa husto akong gulang at awtorisado ako na pagtibayin itong form ng pahintulot, o wala pa ako sa hustong gulang at mayroon akong pahintulot na nilagdaan ng aking magulang o tagapagbantay. 4) Aabisuhan ko agad ang pharmacist tungkol sa anumang medikal na kondisyong maaaring makaapekto nang masama sa aking personal na kalusugan o sa bisa ng bakuna. 5) Napayuhan ako tungkol sa mga posibleng side effect pagkatapos ng pagbabakuna, kung kailan maaaring mangyari ang mga ito, at kung kailan at saan ako dapat humingi ng paggamot. Responsibilidad kong mag-follow up sa aking doktor sa sarili kong gastos kung makakaranas ako ng anumang side effect. 6) Naabisuhan ako na dapat akong manatili sa lugar nang 15 minuto pagkatapos bakunahan para maobserbahan. 7) Nabasa ko, o binasa sa akin, ang (mga) Pahayag ng Impormasyon sa Bakuna (Vaccine Information Statement o "VIS") na nakalaan para maibigay ang (mga) bakuna. Nagkaroon ako ng pagkakataong magtanong, at nasagot ang mga tanong ko at kontento ako sa mga sagot. Nauunawaan ko ang mga benepisyo at peligro ng (mga) bakuna. 8) Inalok ako at/o nabigyan ako ng Kopya ng Abiso sa Mga Pamamalakad Hinggil sa Privacy ng Impormasyon ng kumpanya alinsunod sa Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). 9) Ang pagbabakunang ito, kabilang ang anumang pagbabakuna na may mga karagdagang proteksiyon sa privacy sa ilalim ng pang-estado o pederal na batas, ay napapailalim sa pag-uulat ng aking parmasya o ng associate nito sa negosyo sa isang registry ng pagbabakuna, na maaaring magbahagi ng aking mga datos sa pagbabakuna sa iba, at sa aking doktor sa pangunahing pangangalaga, sa doktor na nagbibigay ng pahintulot, o sa lokal na Kagawaran ng Kalusugan (Department of Health), kung nalalapat, at pinapahintulutan ko ang mga ganoong pagbabahagi.

X _____

Lagda ng Pasyente o Magulang/Tagapagbantay ng Menor de Edad na Pasyente

Petsa

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#: _____