

## Consentimiento informado para la inmunización con la vacuna contra el COVID-19 y gripe

M  F  Otro

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Género
(       ) -					
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular
N.º de ID de Medicare Parte B: _____		Últimos 4 dígitos del SSN: _____		N.º de licencia de conducir: _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más <input type="checkbox"/> Otra: _____					
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Se niega a informar (desconocido)					

Vacuna requerida: \_\_\_ Gripe \_\_\_ Covid-19 \_\_\_ Neumonía \_\_\_ Shingles \_\_\_ Tétanos \_\_\_ Otra: explique \_\_\_\_\_

¿En qué brazo prefiere que le pongan la vacuna? \_\_\_ Derecho \_\_\_ Izquierdo

Si pesa menos de 66 libras, escriba su peso \_\_\_\_\_ Nombre y dirección de su médico familiar \_\_\_\_\_

Preguntas: Nota: Si ya lo lleno en línea, solo revise las respuestas con el paciente para asegurar que no hay cambios		Si	No
1.	¿Está enfermo el día de hoy?		
2.	¿Tiene alergias a medicamentos, comida, componentes de una vacuna o a látex?		
3.	¿Alguna vez ha tenido usted una reacción seria o desmayado después de recibir vacunas o una inyección?		
4.	¿Tiene enfermedades de tiempo prolongado de corazón, pulmón, asma, riñones, diabetes, anemia, etc.?		
5.	¿Tiene usted cáncer, leucemia, virus de Sida u otro problema del sistema inmune?		
6.	¿En los pasados 3 meses, ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmune tales como: predisona, esteroides, drogas para el cáncer o para la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o radiaciones?		
7.	¿Ha tenido ataques epilépticos, cerebro u otros problemas del sistema nervioso? Ejemplo: El síndrome de Guillain-Bare		
8.	¿Durante el pasado año, ha recibido una transfusión de sangre, productos sanguíneos o le dieron globulina o drogas antivirales?		
9.	¿Está usted embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes?		
10.	¿Ha recibido cualquier tipo de vacuna en los pasados 14 días?		

**Consentimiento informado: Lea y firme.**

Firmando abajo, doy mi consentimiento para que me administre las vacunas un farmacéutico o un estudiante de farmacia supervisado o un técnico, u otra persona autorizada (si la ley o las directrices estatales/federales lo permiten) que sea empleado de MJRX, LLC's o de una de sus farmacias afiliadas, y para que se comuniquen conmigo al número que di arriba, para hablar de otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible. Además, libero a MJRX, LLC's y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo cualquier acto u omisión, que sea consecuencia o que surja como resultado de recibir esta vacuna. Entiendo que: 1) He decidido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que debo pagar todos los productos y servicios que reciba, si corresponde. 2) Es posible que sea responsable del pago después de la fecha de servicio, si el producto o el servicio se facturan a mi beneficio médico. 3) Soy mayor de edad y puedo firmar este formulario de consentimiento, o soy el padre/la madre/el tutor del paciente menor de edad. 4) Informaré de inmediato al farmacéutico de cualquier condición 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, a mi cargo, si tengo algún efecto secundario. 6) Debo permanecer en el área para observación por 15 minutos, a menos que tenga un historial de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier gravedad a vacunas o terapias inyectables, o si tengo un historial de anafilaxia debido a cualquier causa, en ese caso debo quedarme en el área para observación por 30 minutos después de la vacunación. Si dejo el área sin esperar, acepto que lo hago a mi propio riesgo y contra el consejo del profesional que administró la vacuna. 7) Leí, o me leyeron, la Información sobre la vacuna (Vaccine Information Statement, VIS) o la Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) de las vacunas que me administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y respondieron todas mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los 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 protecciones adicionales de privacidad según la ley federal o estatal, está sujeta a la presentación de reportes por parte de la farmacia o de sus socios comerciales a un registro de vacunaciones, que puede compartir mi información de vacunación con otros, y a mi médico de atención primaria, al médico que da la autorización o al departamento de salud local, si corresponde, y autorizo dichas revelaciones. (Solo New Jersey: Autorizo \_\_\_ no autorizo \_\_\_ a reportar la recepción de esta vacunación a mi proveedor de atención primaria. Comprendo que no marcar si autorizo o no autorizo, servirá como autorización). (Solo South Dakota y Massachusetts: Comprendo que tengo el derecho a negarme a compartir mis datos a las partes mencionadas arriba a través de tales registros).

X \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o del padre/la madre/el tutor legal del paciente menor de edad Fecha

**Para uso exclusivo de la farmacia**

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Publication Date
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	

Name of Administrator: \_\_\_\_\_ Administration Date: \_\_\_\_\_  NPP Offered RPh Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RPh Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]: \_\_\_\_\_

WA ONLY: Substitution Permitted: \_\_\_\_\_ Dispense as Written: \_\_\_\_\_

RxBIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): \_\_\_\_\_

Billing Info (off-site only) Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_