Consentimiento informado para inmunización con una vacuna inactivada

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	❒M ❒F ❒Otro Sexo

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	( ) - N.º de tel. ❒Casa ❒Celular

¿En qué brazo prefiere que le pongan la vacuna?
(Marque con un círculo) Izquierdo Derecho

Escriba su peso SI ES INFERIOR a 66 libras: lb

Nombre del proveedor de atención primaria:_____ **Vacuna que se pide:** _____

Cuestionario de detección: *Responda las preguntas marcando las casillas.*

	Preguntas de detección	Sí	No
1.	¿Está enfermo hoy?	❒	❒
2.	¿Tiene una alergia grave a ALGÚN medicamento o alimento (p. ej., huevos, gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina, etc.)? Si la respuesta es "sí", especifique: _____	❒	❒
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir alguna vacuna?	❒	❒
4.	¿Tiene sensibilidad al látex (p. ej., guantes o vendas)?	❒	❒
5.	¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? *(Solo Tdap)*	❒	❒
6.	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?	❒	❒
7.	¿Tiene alguna condición o toma algún medicamento que puedan debilitar su sistema inmunitario? Si la respuesta es "sí", especifique: _____	❒	❒

	Necesidades de vacunación	Sí	No	No sé
8.	Marque todo lo que se aplique a usted: ❒ Asma ❒ Diabetes ❒ Enfermedades del corazón ❒ Fumador de tabaco ❒ Mayor de 65 años Si marcó alguna de las opciones de arriba, ¿recibió la vacuna ANTINEUMOCÓCICA? Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? _____	❒	❒	❒
9.	Pacientes mayores de 50 años: ¿Recibió la vacuna contra el HERPES ZÓSTER?	❒	❒	❒
10.	¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última vacuna ANTITETÁNICA?	_____ años		❒
11.	Pacientes menores de 45 años: ¿Recibió la vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano)?	❒	❒	❒
12.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿Recibió la vacuna contra la meningitis?	❒	❒	❒
13.	Indique sobre qué vacunas quiere recibir más información ❒ Hepatitis A ❒ Hepatitis B ❒ MMR (sarampión, paperas, rubeola) ❒ Vacunas necesarias para viajar ❒ Otro: _____			

Consentimiento informado: *Lea y firme.*

Firmando abajo, doy mi consentimiento para la administración de las vacunas por parte de un farmacéutico o de un estudiante de farmacia o un técnico supervisados, cuando lo permita la ley, que sea empleado de Albertsons Companies o de una de sus farmacias afiliadas y para que me contacten, llamando al número que di arriba, por otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible. Además, libero a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo cualquier acto u omisión, que pudiera surgir como resultado de haber recibido esta vacuna. Entiendo que: 1) He decidido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que debo pagar por todos los productos y servicios recibidos. 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 estoy autorizado a firmar este formulario de consentimiento, o soy menor de edad y he obtenido el consentimiento firmado de uno de mis padres o de mi tutor legal. 4) Informaré de inmediato al farmacéutico de cualquier condición que pudiera afectar negativamente mi salud o la eficacia de la vacuna. 5) Me aconsejaron sobre los posibles efectos secundarios después de la vacunación, sobre cuándo podrían aparecer, y sobre cuándo y dónde debería buscar tratamiento. Soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico por mi cuenta si tengo algún efecto secundario. 6) Me han dicho que debo quedarme en el área durante 15 minutos, para observación, después de que me pongan la vacuna. 7) Leí, o me leyeron, las Declaraciones de Información sobre Vacunas (Vaccine Information Statement, VIS) para las vacunas que me pondrán. 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 dieron una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) de la compañía según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). 9) Entiendo que mi farmacia o su socio comercial deben reportar esta vacunación, incluyendo cualquier otra vacunación que tenga protecciones de privacidad adicionales según la ley federal o estatal, a un registro de vacunación, 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 correspondiera, y autorizo dichas revelaciones.

X _____ _____

Firma del paciente o del padre/la madre/el tutor legal del paciente menor de edad **Fecha**

Solo para uso de la farmacia

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer				
Flu (_____)							
Shingrix			GSK				

Signature of RPh: _____ **Initials of Administrator:** _____ _____

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

_____

BIN:_____ PCN:_____ Group#:_____ _____