

Consentimiento informado para la vacunación contra el COVID-19

M F Otro

Apellido _____ **Primer nombre** _____ **Segundo nombre** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Edad** _____ **Género** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Núm. de teléfono** Casa Celular _____

Núm. de ID de la Parte B de Medicare o los últimos 4 dígitos del SSN: _____ **Núm. de licencia de conducir:** _____

Raza: Asiática Negra o afroamericana Hispana Indígena americana Caucásica Isleña del Pacífico Dos o más Otra: _____
Etnia: Hispana o latina No hispana o latina Se niega a decirlo (Desconocida)

¿En qué brazo prefiere que le apliquen la vacuna? Escriba el peso SI PESA MENOS de 66 libras: _____ Lbs.
(Marque con un círculo) Izquierdo Derecho **Nombre del proveedor de atención primaria:** _____
Dirección del proveedor de atención primaria: _____

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

Preguntas de evaluación - NOTA: SI SE LLENÓ EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE DE QUE NO HAYA CAMBIOS		Sí	No
1.	¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Recibió alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si es así, ¿qué producto recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a una vacuna contra el COVID-19 anterior o a cualquier componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG) o el polisorbato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Tuvo alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tuvo alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a alguna comida, mascota, alérgenos ambientales, medicamentos orales o látex? En caso afirmativo, anote a qué:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Recibió alguna vacuna en los últimos 14 días? (no es una contraindicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Recibió terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento contra el COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Está embarazada o amamantando? (no es una contraindicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento informado: lea y firme.

Firmando abajo, doy mi consentimiento para la administración de las vacunas por un farmacéutico o un estudiante farmacéutico supervisado o un técnico, u otra persona autorizada, donde lo permita la ley o las directrices estatales/federales, que Albertsons Companies o una de sus farmacias afiliadas haya contratado, y para que se comuniquen conmigo al número dado arriba por otras vacunas que deba recibir o que soy elegible para recibir. También libero a Albertsons Companies y sus subsidiarias, afiliadas, funcionarios, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo los actos de omisión o comisión, que resulten o surjan de recibir esta vacuna. Entiendo que: 1) Elegí recibir la vacuna voluntariamente y entiendo que estoy obligado a pagar por todos los productos y servicios recibidos, si corresponde. 2) Puedo ser responsable del pago después de la fecha del servicio si el producto o servicio se factura a mi beneficio médico. 3) Soy mayor de edad y estoy autorizado para ejecutar este formulario de consentimiento o soy el padre/tutor del paciente menor de edad. 4) Avisaré inmediatamente al farmacéutico de cualquier condición médica que pueda afectar de manera negativa mi salud personal o la eficacia de la vacuna. 5) Me informaron de 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 a mi cargo si sufro algún efecto secundario. 6) Debo permanecer en el área para observación durante 15 minutos a menos que tenga un historial de una reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad a una vacuna o terapia inyectable o, si tengo un historial de anafilaxia por cualquier causa, debo permanecer en el área para observación durante 30 minutos después de la vacunación. Si salgo del área sin esperar, reconozco que lo hago bajo mi propio riesgo y en contra del consejo del profesional que administró la vacuna. 7) Leí, o me leyeron, las Declaraciones de información sobre vacunas (Vaccine Information Statement, "VIS") o la Autorización de uso de emergencia (Emergency Use Authorization, "EUA") para las vacunas que se administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas. 8) Me ofrecieron o dieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la compañía de conformidad con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Esta vacuna, incluyendo cualquier vacuna que tenga protecciones de privacidad adicionales según la ley estatal o federal, está sujeta a que mi farmacia o su socio comercial la reporte a un registro de vacunación, que puede revelar mis datos de vacunación con otras personas y con mi médico de atención primaria, el médico que autoriza, o el Departamento de Salud local, si corresponde, y yo autorizo estas revelaciones. (Solo en Nueva Jersey: Autorizo ___ no autorizo ___ informar de mi vacunación a mi proveedor de atención primaria. Entiendo que si no marco Autorizo/No autorizo servirá como autorización). (Dakota del Sur y Massachusetts únicamente: Entiendo que tengo derecho a oponerme a la revelación de mis datos con las partes mencionadas arriba mediante dichos registros).

X _____

Firma del paciente o padre/tutor del paciente menor de edad

Fecha

Solo para uso de farmacia

Nombre de la vacuna	Núm. de lote	Fecha de vencimiento	Fabricante	Dosis (ml)	Núm. de dosis	Ruta	Sitio (marcar con un círculo)	Publicación de VIS/EUA Fecha
							Deltoides Der./Izq.	

Nombre del administrador: _____ **Fecha de administración:** _____

Se ofreció el NPP **Consejería de farmacéutico registrado (RPh) (Marcar con un círculo):** **Aceptada/Rechazada**

Firma de farmacéutico registrado (RPh) [indica que (1) Se dio VIS/EUA (2) Se dio consejería y (3) Se verificó la elegibilidad del paciente]: _____

WA SOLAMENTE: Sustitución permitida: _____ **Dispensar como está escrito:** _____

RxBIN: _____ **PCN:** _____ **Núm. de grupo:** _____ **Núm. de ID:** _____

Médico (nombre, núm. de ID, núm. de grupo, ID del pagador, si es UHC): _____

Información de facturación (solo fuera del sitio) Nombre de la clínica: _____ **Dirección de la clínica:** _____