



### Formulario de consentimiento de inmunización

Nombre (como aparece en la tarjeta del seguro): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género (circule uno): Hombre / Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Método de pago (circule uno) Efectivo / Seguro (proporcione la tarjeta a la farmacia) Alergias: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Dirección de PCP: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### ¿Qué vacuna (s) le gustaría recibir hoy?

Preguntas de detección (si responde que sí, explique a continuación)	Por favor marque	
	Si	No
1. ¿Está(s) enfermo hoy?		
2. ¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas? (ejemplos: proteína bovina, gelatina)		
3. gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o timerosal?	Si	No
3. ¿Tienes una alergia grave a los huevos?	Si	No
4. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (p. ej., enfermedades), anemia o otro trastorno sanguíneo?	Si	No
5. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo para el cual está tomando medicamentos para la convulsión, un trastorno cerebral, ¿Síndrome de Guillain-Barré (una afección que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso?	Si	No
6. ¿Toma cortisona, prednisona u otros esteroides?	Si	No
7. ¿Tiene una afección que pueda debilitar su sistema inmunitario (p. Ej., Cáncer, leucemia, linfoma, VIH / SIDA, trasplante)?	Si	No
8. Durante el año pasado, ¿recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o ha recibido inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?	Si	No
9. Para mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	Si	No
10. ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea de vacunas en las últimas 4 semanas?	Si	No
11. ¿Está tomando infusiones en el hogar, inyecciones semanales como Humira (adalimumab), Remicade (infliximán) o Enbrel (etanercept), dosis altas de metotrexato, azatioprina o 6-mercaptopurina, antivirales, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación?	Si	No
12. ¿Alguna vez ha tenido una reacción después de recibir una vacuna, que incluye desmayos o mareos?	Si	No

Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información con respecto a esta vacuna a mis proveedores de atención médica, Medicare, Medicaid u otro pagador externo, según sea necesario, y solicito el pago de los beneficios autorizados que se realizarán en mi nombre a Health-Rite Pharmacy

- Reconozco que si mi seguro no cubre el costo de administrar la vacuna en la farmacia, entonces el pago debe hacerse al momento de la administración de la vacuna.
- Reconozco que mi registro de vacunación puede compartirse con agencias federales, estatales o de la ciudad para informes de registro.
- Reconozco que el farmacéutico recomienda que los pacientes vacunados permanezcan en el área de espera, durante 20 minutos, después de la administración de la inmunización.
- Reconozco que eh recibo el Aviso de prácticas de privacidad de Health-Rite Pharmacy para la información de salud protegida
- Reconozco que la administración de una vacuna o vacuna no sustituye un chequeo anual con el médico de atención primaria del paciente.

He leído, o me han leído la Hoja de Información de Vacunación (VIS) con respecto a la (s) vacuna (s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción y comprender los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s). Doy mi consentimiento o doy mi consentimiento para la administración de la (s) vacuna (s). Libero y descargo completamente a Health-Rite Pharmacy, sus afiliados, directores de funcionarios y empleados de cualquier responsabilidad por enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda resultar de ello.

Firma del paciente o firma del tutor legal: x \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### USO DE FARMACIA SOLAMENTE

VACCINE:	VACCINE:	VACCINE:
LOT #:	LOT #:	LOT #:
EXP. DATE:	EXP. DATE:	EXP. DATE:
SITE (CIRCLE ONE) RA_or_LA	SITE (CIRCLE ONE) RA_or_LA	SITE (CIRCLE ONE) RA_or_LA

SIGNATURE OF PHARMACIST WHO ADMINISTERED VACCINE(S) AND PROVIDED VIS TO PATIENT: X \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_