

# ST JESUS PHARMACY<sup>CORP</sup>

4180 Broadway, New York, NY 10033 Tel: 212-923-5733 Fax: 212-923-5748

## Consentimiento de Administración de Vacunas

### Información Sobre La Vacunación Que El Paciente Recibe:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Género: ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ No-Binaria  
☐ Otra \_\_\_\_\_

Etnicidad: ☐ Hispano o Latino  
☐ No Hispano o Latino  
☐ Desconocida  
☐ Negarse a responder

Raza: ☐ Afroamericano  
☐ Asiático  
☐ Nativo Americano  
☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico  
☐ Blanco  
☐ Otra o Multirracial

### ¿Qué vacunas se le solicita que se administran hoy?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> COVID                | <input type="checkbox"/> Tétano/Difteria/Tos Ferina |
| <input type="checkbox"/> Influenza (La Gripe) | <input type="checkbox"/> RSV                        |
| <input type="checkbox"/> Neumonía             | <input type="checkbox"/> Meningitis                 |
| <input type="checkbox"/> Culebrilla           |   |

Nombre del Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

### Las siguientes preguntas le ayudara a determinar su elegibilidad para ser vacunados en la actualidad

	Si	No	No Se
1. Se siente enfermo hoy?			
2. Tiene alergias a medicamentos, alimentos o vacunas? (Ejemplos: los huevos, proteínas de bovino, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol o timerosal) Si la respuesta es "si", por favor enumere sus alergias:			
3. Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado como mareos, desmayos o convulsiones?			
4. Ha recibido alguna vacuna o pruebas de piel en las ultimas cuatro semanas? Indique _____			
5. Fuma?			
6 Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo para el que usted esta en medicinas para las convulsiones (s), un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barre (una enfermedad que causa parálisis) o cualquier otro problema del Sistema nervioso?			
7. Tiene una condición crónica o problema de salud a largo plazo como anemia, asma, diabetes, enfermedad del corazón, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar or Otros: _____			
8. <u>Para las mujeres:</u> Esta embarazada o pensando en quedar embarazada en los próximos 3 mes?			
9. Actualmente recibe infusiones en el domicilio, las inyecciones semanales, terapia con esteroides, medicamentos anticancerosos o tratamientos de radiación?			
10. Tiene cáncer, leucemia, linfoma, el VIH / SIDA o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico o esta en contacto con alguien que tiene un sistema inmunológico severamente debilitado?			
11. Ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre, o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gammaglobulina) en el ultimo año?			

### PHARMACY USE ONLY:

Vaccine	Manufacturer	Lot#	Exp Date	Dosage	Circle Inj Site	VIS Date
					L / R Deltoid IM	
					L / R Deltoid IM	

Immunizer Signature & gave VIS: \_\_\_\_\_ Date Vaccine administered & VIS given: \_\_\_\_\_

Immunizer Name/Title: \_\_\_\_\_

The information transmitted in this FAX contains confidential patient information which is legally protected under HIPAA legislation. Any retransmission, dissemination or other use of this information by person other than the intended recipient is prohibited. If this information was received in error, please immediately notify us and return the original message to us at the above address.

- Por la presente hago constar que soy: ( i ) el paciente. mayor de 18 años de edad , (ii ) el padre/la Madre o tutor legal del paciente menor de edad . o (iii ) el tutor legal del paciente. Así mismo. por este medio doy mi consentimiento al proveedor de servicios de salud de St Jesus Pharmacy Corp según corresponda, para que administre la(s) vacuna ( s ) que solicito arriba. Tengo entendido que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones o consecuencias de la administración de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la(s) vacuna(s) descrita(s) arriba, he recibido, leído, y/o se me ha explicado la declaración de información de vacunación (DIV) sobre las vacunas que he decidido recibir También reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Además, admito que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar asignado a la vacunación por aproximadamente 15 minutos después de recibir la vacuna para estar bajo observación del proveedor de servicios de salud que administra la(s) Vacuna(s). El suscrito, en mi nombre, mis herederos y representantes personales por la presente liberar y mantener contratistas St Jesus Pharmacy Corp, en su caso. su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, funcionarios, directores. inofensivos y empleados de cualquier y toda responsabilidad < reclamaciones sean conocidos o desconocidos que surja de , en relación con , o de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna ( s ) enumerado anteriormente. Reconozco que: Yo entiendo los efectos / beneficios de registro de vacunación de mi estado ( MRegistro del Est.ado) . Reconozco que . dependiendo de mi estado de derecho . puedo evitar que . mediante el uso de un formulario opt-out aprobado por el estado ( "Formulario de Opt- Outw ): ( a ) la divulgación de mi información de inmunización en el Registro de Est.ado, o ( b ) el Registro Estatal de compartir mi información de inmunización con cualquiera de mis otros profesionales de la salud inscritos en el Registro Estatal . St Jesus Pharmacy Corp, sea el caso, será. si mis papeles estatales, me proporcione un formulario Opt -Out . A menos que proporcione St Jesus Pharmacy Corp, en su caso, con un formulario Opt -Out firmado, yo elijo a participar plenamente en el , y el consentimiento para St Jesus Pharmacy Corp corresponda , informando mi información de inmunización en el Registro Estatal . Autorizo St Jesus Pharmacy Corp en su caso, a ( 1 ) divulgar mi información médica de otro tipo , incluyendo mi enfermedad contagiosa ( como el VIH ) . la salud mental y la información sobre el abuso de drogas / alcohol. a mis profesionales de la salud , Medicare . Medicaid o otro tercero pagador , según sea necesario para efectuar la atención o el pago . ( 2 ) presentar una reclamación a mi compañía de seguros para los artículos y servicios que anteriormente solicitados . y ( 3 ) el pago de la solicitud de las beneficios autorizados se hagan en mi nombre a St Jesus Pharmacy Corp, en su caso. con respecto a los productos y servicios solicitados anteriormente. También estoy de acuerdo en ser totalmente responsable económicamente de cualquier cantidad cobrando, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles, para los productos y servicios solicitados, así como para los productos y servicios solicitados no cubiertos por mi seguro. Entiendo que cualquier pago por la que soy responsable es debido en el momento del servicio o, si St Jesus Pharmacy Corp, según corresponda, remita las facturas correspondientes con fecha posterior a la realización de los servicios, dichas facturas son pagaderas al momento de recibirlas

---

**Firma del Paciente:**

**Fecha:**

---