

ST JESUS PHARMACY**CORP**

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 responderRaza: Afroamericano
 Asiático
 Nativo Americano
 Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
 Blanco
 Otra o Multiracial**¿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 afios de edad , (ii) el padre/la Madre o tutor legal del paciente menor de edad . o (iii) el tutor legal del paciente. Asi mismo, por este media doy mi consentimiento alproveedor de servicios de salud de St Jesus Pharmacy Corp segun 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 consecuencia de la administraciones de \a(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la(s)vacuna(s) desctita (s) aniba, he recibido, leido, y/o se me ha explicado la declaraci6n de informaci6n de vacunaci6n (DIV) sobre las vacunas que he decidido recibir Tambien recono zco que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacci6n. Adem8s, admito que se me ha aconsejado permanecer cerca de\lugar asignado c la vacunaci6n por aproximadamente 15 minutos despues de recibir la vacuna para estar bajo observaci6n del proveedor de setvicios de salud queadministra la(s) Vacuna(s). El susctito, 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 desconocldos que surja de , en relaci6n con , o de cualquier manera relacionada con la administraci6n de la vacuna (s) enumerado antetiormente. Reconozco que: Yo entiendo las efectos / beneficios de registro de vacunaci6n de mi estado (MRegistro del Est.ad0) . Reconozco que . dependiendo de mi estado de derecho . puedo evitar que . mediante el uso de un fonnulatio opt-out aprobado por el estado ("Formulatio de Opt· Outw): (a) la divulgaci6n d mi informaci6n de inmunizaci6n en el Registro de Est.ad0, o (b) el Registro Estatal de compartir mi informaci6n de inmunizaci6n con cualquiera de mis otros profesionales de la salud inscritos en el Registro Estatal . St Jesus Pharmacy Corp, sea el caso, sera. si mis pennisos estatales, me proporcione un fonnulario Opt -Out . A menos que proporcione St Jesus Pharmacy Corp, en su caso, con un formulatio Opt -Out firmado, yo elijo a parLicipar plenamente en el , y el consentimiento para St Jesus Pharmacy Corp corresponda , informando mi informaci6n de inmunizaci6n en el Registro Estatal . Autorizo St Jesus Pharmacy Corp en su caso, a (1) divulgar mi Info1maci6n medica o de otro tipo , incluyendo mi enfermedad contagiosa (como el VIH) . la salud mental y la infomaci6n sobre el abuso de drogas / alcohol. a mis profesionales de la salud ,Medicare . Medicaid o otro tercero pagador , seg\Jn sea necesario para efectuar la atenci6n o el pago . (2) presentar una reclamaci6n a mi compaiHa de seguros para los articulos y seTVicios que antetiormente solicitados . y (3) el pago de la solicitud de las beneficio autotizados se hagan en mi nombre a St Jesus Pharmacy Corp, en su caso, con respecto a los productos y servicios solicitados antetionmente. Tambien estoy de acuerdo en sertotalmente responsable econ6micamente de cualquier cantidad coshaling, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles, para las productos y servicios solicitados, asi como para los productos y setvicios solicitados no cubiertos por mi seguro. Entiendo que cualquier pago por la que soy responsable es debido en el momento del setvicio o, si St Jesus Pharmacy Corp, seg\Jn corresponda, remita las facturas correspondientes con fecha posterior a la realizaci6n de los setvicios, dichas facturas son pagaderas al mementos de recihirlas

Firma del Paciente:

Fecha: