

# Consentimiento de Vacunas y Administración Record

## Programs de Vacunación



### Sección A: Información sobre a vacunación paciente que recibe (en letra de molde):

<b>Appellidos</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo M / F</b>
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Telefono #</b>	<b>Alergias</b>			
<b>Nombre del Medico de Atención Primaria:</b>		<b>Telefono del Medico:</b>		

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

¿Que vacunas se le solicita que se administran hoy? Por favor marque todas las vacunas solicitadas: ___ Vacuna contra la gripe, ___ Pulmonia, ___ Culebrilla, ___ Tetano/Difteria/Tos Ferina, ___ Meningitis, ___ Otra	SI	NO	NO Sé
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. ¿Ha recibido alguna vacuna o pruebas de pie! en las últimas cuatro semanas? En caso afirmativo, Indique la vacunación.			
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe u otras vacunas en el pasado?			
5. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo para el que usted está en medicinas para las convulsiones (s), un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad que causa parálisis) o cualquier otro problema del sistema nervioso?			
6. ¿Tiene 65 años de edad o más?			
7. ¿Fuma?			
8. ¿Tiene una condición crónica o problema de salud a largo plazo? En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda. ___ Anemia, ___ asma, ___ diabetes, ___ enfermedad del corazón, ___ enfermedad renal, ___ enfermedad hepática, ___ enfermedad pulmonar, ___ Otros			
9. Si ha contestado afirmativamente a la pregunta # 7, 8 o 9, ¿ha tenido alguna vez una vacuna contra la neumonía?			
10. ¿Alguna vez ha recibido alguna vacuna contra la culebrilla (para pacientes de 60 años de edad y solo mayores)?			
11. ¿Es usted un profesional de atención de salud?			
12. Para las mujeres: ¿Está embarazada o pensando en quedar embarazada en el próximo mes?			
13. ¿Actualmente recibe infusiones en el domicilio, las inyecciones semanales, terapia con esteroides, medicamentos anticancerosos o tratamientos de radiación?			
14. ¿Tiene cáncer, la leucemia, el linfoma, el VIH / SIDA o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico o está en contacto con alguien que tiene un sistema inmunológico severamente debilitado?			
15. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre, o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamaglobulina) en el último año?			

### Sección C

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. Asi mismo, por este medio doy mi consentimiento al proveedor de servicios de salud de San Jesús Farmacia 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 consecuencia 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, yo 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 ; 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 Ami Pharmacy Inc D / B / A St Jesús farmacia, en su caso, su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, funcionarios, directores, inofensivos y empleados de cualquier y toda responsabilidad ( reclamaciones sean conocidas o desconocidas 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 ( "Registro del Estado" ) . 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 -Out" ) : ( a ) la divulgación d mi información de inmunización en el Registro de Estado, 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 . Ami Pharmacy Inc D / B / A St Jesús farmacia, según sea el caso, será, si mis permisos estatales, me proporcione un formulario Opt -Out . A menos que proporcione Ami Pharmacy Inc D / B / A farmacia St Jesús, en su caso, con un formulario Opt -Out firmado, yo elijo a participar plenamente en el , y el consentimiento para Ami Pharmacy Inc D / B / A St Jesús farmacia, según corresponda , informando mi información de inmunización en el Registro Estatal . Autorizo Ami Pharmacy Inc D / B / A St Jesús farmacia en su caso, a ( 1 ) divulgará mi información médica o 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 los beneficio autorizados se hagan en mi nombre a Ami Pharmacy Inc D / B / A St Jesús farmacia, en su caso, con respecto a los productos y servicios solicitados anteriormente. También estoy de acuerdo en ser totalmente responsable económicamente de cualquier cantidad cosharing, 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 Ami Pharmacy Inc D / B / A St Jesús farmacia, según corresponda, remita las facturas correspondientes con fecha posterior a la realización de los servicios, dichas facturas son pagaderas al momentos de recibirlas

Firma del paciente (Padre/Madre o Tutor legal si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Section D (HEALTH CARE PROVIDERS ONLY) The following section is to be completed by the health care provider only.

Immunizer Name (print): \_\_\_\_\_ Immunizer Signature: \_\_\_\_\_ RPh/PharmD Administration Date: \_\_\_\_\_

Date VIS given to Patient:

Vaccine	Lot#	Exp Date	Manufacturer	Dosage	Circle site of Injection	VIS Date	Rph Initial
				0.5 ML	L / R Deltoid IM		
					L / R Deltoid IM		