



SECCIÓN 1 -- INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RECIBIENDO LA VACUNA

Nombre Completo: _____ Fecha de nacimiento (M/D/A): ____/____/____ Teléfono (____) _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Condado: _____, Zona Postal de TX: _____
 Correo electrónico _____
 No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (El gobierno federal necesita su número si usted no tiene seguro médico)
 MedCenter Pharmacy se comunicará con su proveedor de atención primaria para informarles sobre la vacuna(s) administrada hoy usando la información provista abajo
 Nombre del proveedor de atención primaria: _____ No. de teléfono: (____) _____

SECCIÓN 2A -- PREGUNTAS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DE LA VACUNA (círcule Sí o No)

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿ Fue usted o alguien con quien tenga contacto diagnosticado con Covid-19 en los últimos 10 días? | Sí | NO |
| 2. ¿ Está enfermo hoy o tiene alguno de los siguientes síntomas? Fiebre, escalofríos, dificultad para respirar, dolores corporales, pérdida de gusto/olfato. ¿ Esta tomando medicamentos? | SI | NO |
| 3. ¿ Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica, una reacción grave o una reacción alérgica grave, o cualquier otra reacción grave a una vacuna? | Sí | NO |
| 4. ¿ Tiene algún trastorno convulsivo o cerebral, síndrome de Guillan-Barre, o trastorno nervioso? | SI | NO |
| 5. ¿ Tiene condiciones de salud a largo plazo o su sistema inmunológico débil? | Si | NO |
| 6. ¿ Tiene alergias a medicamentos, comida, o látex? Eje: Huevo, gelatina bovina, gentamicina, polymixina, fenol, lavadura. | Si | NO |
| 7. ¿ Durante el último año, ha recibido sangre, productos de sangre o immune globulina (gamma)? | Si | NO |
| 8. ¿ Está tomando medicamentos anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico? | Si | NO |
| 9. MUJERES: Esta embarazada o amamantando o cree que pueda quedar embarazada en el siguiente mes? | Si | NO |

SECCIÓN 2B -- PARA VACUNAS DE COVID-19 SOLAMENTE(círcule Sí o No)

10. ¿ Ha sido tratado con terapia de anticuerpos específicamente para el COVID-19? Sí NO
11. ¿ Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? Sí No Si es sí, Nombre del fabricante: _____ Fecha recibida: _____
12. Raza: Indio americano nativo de Alaska Asiático Persona de color o afroamericano Origen étnico: Hispano Nativo Prefiere no revelar
 Nativo de Hawaii u otra isla de Pacifico Blanco Prefiere no revelar Sexo: Masculino Femenino Prefiere no revelar

SECCIÓN 3 -- FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE Y ACEPTAR DONDE SEA APROPIADO

Por la presente doy mi consentimiento a la farmacia MedCenter para administrar la vacuna (s) (los "Servicios") que he solicitado a continuación.

Con mis iniciales certifico que:

Yo soy: (i) el paciente y por lo menos tenga 18 años de edad; (ii) el padre o tutor de paciente menor, o (iii) el tutor legal del paciente, o (iv) una persona autorizada bajo la ley de otro estado o de una orden judicial para dar su consentimiento para el niño: O

Las personas identificadas en (ii), (iii), o (iv), no disponibles en la oración previa y tengo autorización para dar mi consentimiento para la inmunización de un niño porque soy un (i) abuelo, (ii) hermano o hermana mayor, (iii) tía o tío adulto, (iv) padrastro o madrastra, o (v) cualquiera otro adulto que tenga el cuidado, control y posesión del niño y tenga autorización por escrito para dar su consentimiento para el niño de un padre, tutor principal, guardián, u otra persona que, bajo la ley de otro estado o corte judicial, pueda dar consentimiento para el niño; adicionalmente, certifico que no tengo el conocimiento de ningún rechazo expreso o autorización retirada de consentimiento y no se me ha dicho que no de mi consentimiento para el niño. Entiendo que cualquiera autorización para divulgar información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que le provea a MedCenter Pharmacy, será solamente utilizada o divulgada por MedCenter Pharmacy de acuerdo con el Aviso de practica de privacidad de la Ley de transparencia y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). Al firmar a continuación, reconozco la recepción de dichos Avisos de prácticas de privacidad de la Ley de transparencia y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). Al firmar a continuación, reconozco la recepción de dichos Avisos de prácticas de privacidad de la HIPAA y doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones de la PHI descritos en ellos. Si bien MedCenter Pharmacy se reserva el derecho de no hacerlo, doy mi consentimiento para que MedCenter Pharmacy reporte mi información de vacunación al Registro de Vacunas del Estado. Si MedCenter Pharmacy opta por informar mi historial de vacunación al registro central de vacunación de Texas, ImmTrac, también entiendo que otros proveedores de atención médica, educadores, representantes de salud pública, agencias estatales y ciertos pagadores de seguros pueden tener acceso a mi información de vacunación. Además, autorizo a MedCenter Pharmacy a (1) divulgar mi información médica u otra información a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid, o un tercer pagador como sea necesario para efectuar la atención o el pago o de otra manera, (2) presentar un reclamo a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados a continuación, y (3) solicitar el pago de los beneficios autorizados en mi nombre a MedCenter Pharmacy con respecto a los artículos y servicios solicitados a continuación.

NO ES SUSTITUTO PARA UN MÉDICO

Entiendo que los representantes de MedCenter Pharmacy no son médicos entrenados para diagnosticar y tratar problemas médicos. Reconozco que la administración de servicios no constituye, y no debe ser interpretada como consulta médica, o las opiniones sustituyen el consejo de un médico. Entiendo que la administración de servicios no crea una relación de doctor-paciente entre MedCenter Pharmacy y yo. Acepto consultar a un médico si yo requiero de consulta médica o de servicios a determinado tiempo.

LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que no es posible predecir los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas al recibir la vacuna(s) incluyendo las nuevas vacunas contra el COVID-19. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con las nuevas vacunas y elijo recibir la vacuna contra el COVID-19. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales fueron respondidas a mi satisfacción. Además, admito haber recibido una copia del aviso de privacidad de MedCenter Pharmacy. Así también, admito que se me aconsejó permanecer cerca del lugar de donde recibi la vacuna por aproximadamente 15 minutos después de la aplicación de esta para observación del proveedor de salud que la administro. Entiendo que, en el curso de la administración de la vacuna solicitada, un representante de MedCenter Pharmacy posiblemente podría estar expuesto a mi sangre y fluidos corporales. En dicho caso, estoy de acuerdo de revisar y ejecutar el formulario de "consentimiento de pruebas posteriores a la exposición de MedCenter Pharmacy".

En nombre mio, de mis herederos y representantes personales, por la presente RENUNCIO, LIBERO, y ACEPTO INDEMNIZAR, DEFENDER y EXIMIR (incluyendo los costos y honorarios de abogados) a MedCenter Pharmacy, su personal, agentes, empleados y afiliados corporativos de cualquiera y de todas las responsabilidades o reclamos conocidos y desconocidos que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionados con la administración de las vacunas contra el COVID-19 y servicios relacionado, aun si dichos daños o pérdidas resultan de la negligencia de MedCenter Pharmacy

He recibido, leído y/o me han explicado la hoja de datos de autorización de uso de emergencia o la declaración de información de vacunación para la vacuna que he elegido recibir.

Firma del paciente, Padre o Guardian Legal: _____ Fecha: _____