

Consentimiento informado para Vacunación

Sección A (Información del paciente) ** por favor imprime claramente **

Apellido: _____ Primer nombre: _____ MI: _____ Género (M/F): _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (_____) _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ POA (Y/N): _____
 Seguro médico del estado #: _____ O Nombre del seguro: _____ ID: _____ Grupo: _____
 Apellido del médico: _____ Nombre del médico: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Sección B (Información sobre el poder notarial, si corresponde) ** por favor imprime claramente **

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Sección C

Certifico que soy: (i) el paciente y al menos 18 años de edad, (ii) el tutor legal del paciente. Por la presente doy mi consentimiento para que el farmacéutico, técnico o pasante de O'Connell Pharmacy, bajo la supervisión directa de un farmacéutico, administre la(s) vacuna(s) solicitada(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna(s) y he recibido, leído y / o me han explicado el Formulario de declaración de información de la vacuna. Por la presente libero y eximo a O'Connell Pharmacy y sus empleados de cualquier responsabilidad o reclamación conocida o desconocida de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna(s). Doy mi consentimiento para que O'Connell Pharmacy informe la información de vacunación al registro de vacunación del estado y divulge mi información médica a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid u otro pagador externo según sea necesario para facilitar el pago. Además, acepto ser completamente responsable financieramente de cualquier monto adeudado, incluidos copagos, coseguro y deducibles.

Firma del paciente (o tutor legal): _____ **Fecha:** _____

Sección D ** determina la elegibilidad del paciente para recibir la vacuna **

Temperatura el día de la vacunación: _____ ¿Se necesita una prueba de detección de COVID? Si NO
 ¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas? _____
 Si NO No lo se
 ¿Ha tenido alguna vez una reacción al recibir una vacuna? _____
 Si NO No lo se
 ¿Tiene una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso? _____
 Si NO No lo se
 ¿Está amamantando, está embarazada actualmente o planea quedar embarazada en el próximo mes? _____
 Si NO No lo se
 ¿Ha recibido inmunoglobulina, vacuna COVID-19 o alguna otra vacuna en las últimas cuatro semanas? _____
 Si NO No lo se
 ¿Se siente enfermo hoy, incluidos los problemas de las vías respiratorias superiores? (Farmacia para preguntar el día de la vacunación)? _____
 Si NO No lo se
 ¿Le han diagnosticado o ha estado en contacto con alguna enfermedad contagiosa en los últimos 21 días? _____
 Si NO No lo se

Section E **for pharmacy use**

Name/Title of Administering/Authorizing Pharmacist: _____ **Date:** _____

Vaccination Given	Lot #	Exp Date	Mfgr	Dose	Route	Site	VIS Given
Influenza QIV		/ /		0.5mL	IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>
Influenza QIV High Dose		/ /	Sanofi	0.7mL	IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>
Pneumovax 23		/ /	Merck	0.5mL	IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>
Prenar 20		/ /	Pfizer	0.5mL	IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>
Shingrix		/ /	GSK	0.5mL	IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>
Boostrix Tdap		/ /	Sanofi	0.5mL	IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>

Date Billed: _____ / _____ / _____ **Date Recorded in WIR:** _____ / _____ / _____