

Consentimiento informado para la inmunización con vacunas inactivadas o mRNA

M F Otro

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
 () -

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono Particular Celular

N. ° de ID de Medicare Parte B: _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____ N. ° de licencia de conducir: _____

Raza: Asiático Negro o afroamericano Hispano Indio americano Caucásico Isleño del Pacífico Dos o más Otra: _____

Origen étnico: Hispano o latino No hispano ni latino Se niega a informar (desconocido)

Vacua requerida: Gripe Covid-19 Neumonía Shingles Tétanos Otra: explique _____

¿En qué brazo prefiere que le pongan la vacuna? Derecho Izquierdo

Si pesa menos de 66 libras, escriba su peso _____ Nombre y dirección de su médico familiar: _____

Preguntas: Nota: Si ya lo lleno en línea, solo revise las respuestas con el paciente para asegurar que no hay cambios		Si	No
1.	¿Está enfermo el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene alergias a medicamentos, comida, componentes de una vacuna o a látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez ha tenido usted una reacción seria o desmayado después de recibir vacunas o una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Tiene enfermedades de tiempo prolongado de corazón, pulmón, asma, riñones, diabetes, anemia, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tiene usted cáncer, leucemia, virus de Sida u otro problema del sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿En los pasados 3 meses, ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmune tales como: predisona, esteroides, drogas para el cáncer o para la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o radiaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha tenido ataques epilépticos, cerebro u otros problemas del sistema nervioso? Ejemplo: El síndrome de Guillain-Bare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Durante el pasado año, ha recibido una transfusión de sangre, productos sanguíneos o le dieron globulina o drogas antivirales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Está usted embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Ha recibido cualquier tipo de vacuna en los pasados 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento informado: Lea y firme.

By Firmando abajo, doy mi consentimiento para que me administre las vacunas un farmacéutico o un estudiante de farmacia supervisado o un técnico, u otra persona autorizada (si la ley o las directrices estatales/federales lo permiten) que sea empleado de MJRX, LLC's o de una de sus farmacias afiliadas, y para que se comuniquen conmigo al número que di arriba, para hablar de otras vacunas que deba recibir o para las que sea legible. Además, libero a MJRX, LLC's y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agents de toda responsabilidad, incluyendo cualquier acto u omisión, que sea consecuencia o que surja como resultado de recibir esta vacuna. Entiendo que: 1) He decidido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que debo pagar todos los productos y servicios que reciba, si corresponde. 2) Es posible que sea responsable del pago después de la fecha de servicio, si el producto o el servicio se facturaran a mi beneficio médico. 3) Soy mayor de edad y puedo firmar este formulario de consentimiento, o soy el padre/la madre/el tutor del paciente menor de dad. 4) Informaré de inmediato al farmacéutico de cualquier condición que pueda afectar negativamente a mi salud o a la eficacia de la vacuna. 5) Me informaron de los potenciales efectos secundarios después de la vacunación, de cuándo podrían aparecer, y de cuándo y dónde debería buscar tratamiento. Soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico, a mi cargo, si tengo algún efecto secundario. 6) Debo permanecer en el área para observación por 15 minutos, a menos que tenga un historial de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier gravedad a vacunas o terapias inyectables, o si tengo un historial de anafilaxia debido a cualquier causa, en ese caso debo quedarme en el área para observación por 30 minutos después de la vacunación. Si dejo el área sin esperar, acepto que lo hago a mi propio riesgo y contra el consejo del profesional que administró la vacuna. 7) Leí, o me leyeron, la Información sobre la vacuna (Vaccine Information Statement, VIS) o la Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) de las vacunas que me administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y respondieron todas mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas. 8) Me ofrecieron o me dieron una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la compañía, según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). 9) Esta vacunación, incluyendo cualquier vacunación que tenga protecciones adicionales de privacidad según la ley federal o estatal, está sujeta a la presentación de reportes por parte de la farmacia o de sus socios comerciales a un registro de vacunaciones, que puede compartir mi información de vacunación con otros, y a mi médico de atención primaria, al médico que da la autorización o al departamento de salud local, si corresponde, y autorizo dichas revelaciones. (Solo New Jersey: Autorizo ___ no autorizo ___ a reportar la recepción de esta vacunación a mi proveedor de atención primaria Comprendo que no marcar si autorizo o no autorizo, servirá como autorización). (Solo South Dakota y Massachusetts: Comprendo que tengo el derecho a negarme a compartir mis datos a las parts mencionadas arriba a través de tales registros).

X

Firma del paciente o del padre/la madre/el tutor legal del paciente menor de edad _____ Fecha _____

Para uso exclusivo de la farmacia

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Publication Date
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	

Name of Administrator: _____ Administration Date: _____ NPP Offered RPh Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RPh Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]:

WA ONLY: Substitution Permitted: _____ Dispense as Written: _____

RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____

Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): _____

Billing Info (off-site only) Clinic Name: _____ Clinic Address: _____

Prescriber: Uri Bassan RPh

Best Buy Drugs
1445 Wyoming Blvd NE
Albuquerque, NM 87112
(505) 299-4496