

# Consentimiento informado para vacunación

M  F  Otro

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
----------	---------------	----------------	---------------------	------	------

Dirección de residencia	Ciudad	Estado	Código postal	N.º de tel. <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular
¿Cuenta con un proveedor de atención primaria? (Marque con un círculo).      Sí      No				Nombre del proveedor de atención primaria
				Teléfono del proveedor de atención primaria

**Si la sabe, indique la fecha en la que le pusieron la vacuna por última vez:**

Antigripal \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_ Zóster \_\_\_\_\_ Tétanos \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

**Cuestionario de evaluación:** *Responda las preguntas marcando las casillas.*

Todas las vacunas		Sí	No
1.	¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene una alergia grave a ALGÚN medicamento o alimento (p. ej., huevos, gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina, etc.)? Si la respuesta es "Sí", especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Tiene sensibilidad al látex (p. ej., guantes o vendajes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tiene un trastorno de convulsiones o trastorno cerebral? (Solo Tdap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacunas elaboradas con microbios vivos (varicela, cólera, antigripal intranasal, MMR® II, antitifoidea oral, antiamentorilica y Zostavax®)		Sí	No
7.	¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es "Sí", especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH, herpes activo o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Toma prednisona, esteroides orales, medicamentos contra el cáncer o antivirales o medicamentos que afecten el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, le han administrado un producto llamado inmunoglobulina (gamma) o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Le han extirpado la glándula timo o ha tenido problemas relacionados con el timo, como miastenia grave, el síndrome de DiGeorge o un timoma? (Solo para la antiamentorilica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Actualmente, ¿toma antibióticos o medicamentos antipalúdicos? (Solo para la antitifoidea oral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Ha tenido trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? (Solo para MMR® II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Para menores de 18 años: ¿Toma aspirina o algún medicamento que contiene aspirina? (Solo para la antigripal intranasal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Consentimiento informado:** *Lea y firme.*

Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento para la administración de las vacunas por parte de un farmacéutico o de un estudiante de farmacia o un técnico supervisados, cuando lo permita la ley, que sea empleado de Albertsons Companies o de una de sus farmacias afiliadas y para que me contacten llamando al número proporcionado anteriormente por otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible recibir. Asimismo, libero de toda responsabilidad a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, filiales, funcionarios, directores, empleados y agentes, lo que incluye cualquier acto de omisión o comisión que pudiera surgir como resultado de haber recibido esta vacuna. Entiendo lo siguiente: 1) He elegido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que debo pagar por todos los productos y servicios recibidos. 2) Es posible que sea responsable del pago luego de la fecha en la que se brindó el servicio si el producto o servicio se factura a mi beneficio médico. 3) Tengo la edad legal y estoy autorizado a firmar este formulario de consentimiento o no tengo la edad legal y he obtenido el consentimiento firmado por parte de uno de mis padres o de mi tutor legal. 4) Informaré de inmediato al farmacéutico sobre cualquier afección que pudiera afectar negativamente mi salud personal o la eficacia de la vacuna. 5) He recibido asesoramiento sobre los posibles efectos secundarios después de la vacunación, sobre cuándo es posible que se manifiesten y sobre cuándo y dónde debería buscar tratamiento. En caso de presentar cualquier efecto secundario, soy responsable de hacer un seguimiento con un médico por mi propia cuenta. 6) Me han aconsejado que debo permanecer en el área durante 15 minutos después de que me pongan la vacuna por motivos de observación. 7) He leído, o me han leído, las Declaraciones de información sobre vacunas (Vaccine Information Statement, VIS) para las vacunas que me administrarán. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y me han respondido todas mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas. 8) Esta vacunación, incluida cualquier otra vacuna a la que se le otorguen protecciones de privacidad adicionales de conformidad con la ley federal o estatal, está sujeta a divulgación por parte de la farmacia o su socio comercial a un registro de vacunación, que puede compartir la información sobre mi vacunación con otros y con mi médico de atención primaria, el médico que concede la autorización o el Departamento de Salud local, si corresponde, y autorizo dichas divulgaciones.

**X** \_\_\_\_\_  Recibió el Aviso de la HIPAA?  Sí

Firma del paciente o del padre/madre/tutor legal del menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Coloque sus iniciales)

**For Pharmacy Use Only**

**Vaccines Recommended but NOT Given:**     Prevna®     Pneumovax®     Shingrix®     Tdap     Other \_\_\_\_\_    Pt. Initials (to decline) \_\_\_\_\_

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Route	Site (circle)	VIS Publication Date
Flu (_____)				0.5	IM	R / L Deltoid	8-7-15
Shingrix®			GSK	0.5	IM	R / L Deltoid	2-12-18
						R / L _____	
						R / L _____	

Signature of RPh: \_\_\_\_\_ Initials of Administrator: \_\_\_\_\_ VIS Given and Administration Date: \_\_\_\_\_

**Billing Info (off-site only):**     Medicare (ID# including letters) or Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID if UHC) \_\_\_\_\_  
 Prescription (BIN, PCN, Group#, ID#, Person Code) \_\_\_\_\_