

# Consentimiento informado para vacunación

Vacuna(s) solicitada(s): \_\_\_\_\_

## Sección A: Información del paciente *(obligatoria)*

Con el propósito de asegurar la facturación precisa y la cobertura de seguro disponible, complete la siguiente información **exactamente** como aparece en su tarjeta de seguro o como su aseguradora la tiene en el expediente para usted.

					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>
			(      )	-	
<b>Dirección de residencia</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Teléfono</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
			(      )	-	

**¿Cuenta con un proveedor de atención primaria?**

(encierre en un círculo)    Sí    No

Nombre del proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

Teléfono del proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

## Sección B: Información sobre el seguro *(si corresponde)*

La inmunización podría estar cubierta en sus beneficios médicos o de medicamentos con recetas médicas. Nuestra farmacia puede facturarle los servicios de vacunas a los planes de medicamentos con recetas médicas y a muchos planes médicos. Intentaremos verificar la elegibilidad de acuerdo con su plan y cobrar a su seguro el pago de todas las vacunas. Si no podemos confirmar la elegibilidad, usted aún puede escoger recibir la vacuna en nuestra farmacia y pagarla por su cuenta. Algunos planes de seguro solo podrían cubrir la administración de las vacunas si lo hace un médico o un proveedor de HMO/IPA. Usted es responsable del pago de servicios que reciba que su plan no pague. Si le facturamos a su plan médico, su plan de salud no podrá proporcionarle información completa de cobertura o del deducible al momento del servicio. Puede recibir una factura de nuestra parte después de que su plan de salud procese su reclamación por el monto que su plan indique y es su responsabilidad pagarla.

Nota para pacientes con Medicare: Para recibir la vacuna contra la influenza o neumonía sin cargo, usted debe contar con la Parte B de Medicare tradicional, Railroad Medicare o seleccionar los planes Medicare HMO. Si tiene un plan HMO Medicare, las vacunas podrían estar cubiertas en sus beneficios médicos o de medicamentos con recetas médicas. Para facturarle directamente a su plan Medicare HMO, el plan debe tener contrato con la farmacia.

<b>Nombre del plan de medicamentos con recetas médicas</b>	<b>N.º Rx BIN</b>	<b>N.º Rx PCN</b>	<b>N.º de grupo <i>(incluir letras)</i></b>	<b>N.º de identificación <i>(incluir letras)</i></b>
<b>Nombre del plan médico/Medicare B</b>	<b>N.º de grupo <i>(incluir letras)</i></b>		<b>N.º de identificación <i>(incluir letras)</i></b>	<b>Identificación del pagador <i>(si está disponible)</i></b>

## Sección C: Consentimiento informado *(obligatorio)*

Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento para la administración de la(s) vacuna(s) solicitada(s) antes por un farmacéutico empleado, un estudiante para farmacéutico supervisado o un técnico, cuando lo permita la ley del estado, que sea empleado de Albertsons Companies o de una de sus farmacias afiliadas con quienes se puede comunicar al número proporcionado anteriormente, con respecto a otras vacunas que debo recibir o que soy elegible para recibir. Asimismo, descargo de toda responsabilidad a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, filiales, representantes, directores, empleados y agentes, incluyendo cualquier acto de omisión o comisión que pudiera surgir como resultado de haber recibido esta vacuna. Comprendo que:

1. He elegido voluntariamente recibir la vacuna.
2. Tengo la edad legal y estoy autorizado a ejecutar este formulario de consentimiento o no tengo la edad legal y he obtenido el consentimiento firmado por parte de uno de mis padres o tutor legal.
3. Alertaré inmediatamente al farmacéutico sobre cualquier condición médica que pudiera afectar adversamente mi salud personal o la efectividad de la vacuna.
4. He recibido asesoría sobre los posibles efectos secundarios después de la vacunación, cuándo pudieran suceder, y cuándo y dónde debería buscar tratamiento. Comprendo que si experimento algún efecto secundario, soy responsable de darle seguimiento con mi médico por mi propia cuenta.
5. Se me ha aconsejado que permanezca en el área durante 15 minutos después de la vacunación por razones de observación.
6. He leído o me han leído, la(s) Declaración(es) de Información sobre vacunas ("VIS", por sus siglas en inglés) para la(s) vacuna(s) que se me administrará(n). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la(s) vacuna(s) y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s).
7. Comprendo que al recibir esta vacuna<sup>1</sup>, dicha información está sujeta a que se reporte, por parte de mi farmacia o su asociado comercial, a una base de datos de vacunación, la cual podría compartir mi información sobre vacunación con otros, y a mi médico de atención primaria, al médico que autoriza o al Departamento de Salud local, y yo autorizo dichas divulgaciones.

<sup>1</sup>Incluyendo cualquier vacuna que pueda ser usada para el tratamiento del virus del VIH, una condición relacionada o cualquier otra vacuna a la que se le otorguen protecciones de privacidad adicional de acuerdo con la legislación estatal o federal.

¿Recibió aviso de HIPAA?    Sí

\_\_\_\_\_ (Coloque sus iniciales)

Firma del paciente o padre/tutor legal del menor de edad    Fecha

**Sección D: Historial de vacunas (obligatorio)**

Responda las preguntas marcando las casillas correspondientes.		Yes	No	No está seguro
<b>Todas las vacunas</b>				
1.	¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última inyección contra el TÉTANOS?	_____ años		<input type="checkbox"/>
2.	Marque todo lo que aplique a usted: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco <input type="checkbox"/> 65 años de edad o mayor Si marcó alguna de las anteriores, ¿alguna vez ha recibido la vacuna ANTINEUMOCÓCICA? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Pacientes de 60 años de edad o mayores: ¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra el HERPES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección E: Cuestionario sobre salud (obligatorio)**

Responda las preguntas marcando las casillas correspondientes.		Yes	No	No está seguro
<b>Todas las vacunas</b>				
1.	¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene una alergia seria a ALGÚN medicamento o alimento (p. ej., huevos, gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina, etc.)? De ser así, indique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción seria o se ha desmayado después de recibir alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Tiene sensibilidad al látex (p. ej., guantes o vendajes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tiene un trastorno de convulsiones o trastorno cerebral? (Solo Tdap)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vacunas de virus vivos (varicela, MMR® II, tifoidea oral, herpes, fiebre amarilla, cólera)</b> Preguntas adicionales para quienes reciben una vacuna de virus vivos.				
7.	¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? De ser así, indique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH, herpes activo o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Toma prednisona, esteroides orales, medicamentos contra el cáncer o antivirales o medicamentos que afecten el sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, se le ha administrado una medicina llamada inmunoglobulina (gamma) o ha tenido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Se le ha extirpado la glándula timo o tiene un historial de problemas con su timo, como miastenia gravis, síndrome DiGeorge o timoma? (Solo fiebre amarilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Actualmente está tomando algún antibiótico o medicamentos antimaláricos? (Solo tifoidea oral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Tiene un historial de trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? (Solo MMR® II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

----- BELOW LINE FOR PHARMACY USE ONLY -----

Please review Section D and document recommendations. Patient to initial to decline.

Vaccine	Yes	No	Pt. Initial	Vaccine	Yes	No	Pt. Initial
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Prevnar13®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zostavax®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pneumovax®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Please document all vaccines that are administered.

Vaccine Name	Flu (_____)	Fluzone® HD	Zostavax®		
Lot					
Expiration Date					
Manufacturer		Sanofi	Merck		
Dose (mL)	0.5	0.5	0.65		
Route	IM	IM	SQ		
Site (circle)	R / L Deltoid	R / L Deltoid	R / L PLUA	R / L (_____)	R / L (_____)
VIS Publication Date	8-7-15	8-7-15	10-6-09		

Signature of RPH: \_\_\_\_\_ Initials of Administrator (if different than RPH): \_\_\_\_\_ VIS Given and Administration Date: \_\_\_\_\_