Consentimiento informado para la inmunización con la vacuna contra el COVID-19

❒M ❒F ❒Otro

Apellido **Primer nombre** **Segundo nombre** **Fecha de nacimiento** **Edad** **Género**

( ) -

Dirección **Ciudad** **Estado** **Código postal** **Teléfono** ❒**Particular** ❒**Celular**

N. º de ID de Medicare Parte B: _____ **Últimos 4 dígitos del SSN:** _____ **N. º 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)

¿En qué brazo prefiere que le pongan la vacuna? Escriba su peso SI PESA MENOS de 66 libras: _____**libras.** **Nombre del proveedor de atención primaria:** _____
(Encierre en un círculo) Izquierdo Derecho **Dirección del proveedor de atención primaria:** _____

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

Preguntas de selección – NOTA: SI SE COMPLETÓ EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE DE QUE		**Sí**	**No**
1.	¿Está enfermo hoy?	❒	❒
2.	¿Alguna vez recibió una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la recibió, ¿qué producto y cuándo? ❒ Pfizer ❒ Moderna ❒ Otra: _____ Fecha: _____	❒	❒
3.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a una vacuna contra el COVID-19 anterior, o a algún componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG) o el polisorbato?	❒	❒
4.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (distinta a la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?	❒	❒
5.	¿Tuvo alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a una comida, una mascota, un alérgeno ambiental, un medicamento oral o al látex? Si la respuesta es "sí", especifique:	❒	❒
6.	¿Recibió alguna vacuna en los últimos 14 días? (no es una contraindicación)	❒	❒
7.	¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) para tratar el COVID-19 en los últimos 90 días?	❒	❒
8.	¿Está embarazada o amamantando? (no es una contraindicación)	❒	❒

Consentimiento informado: Lea y firme.

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 Albertsons Companies 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 elegible. Además, libero a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agentes 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 facturan 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 edad. 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 partes 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	

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: _____