

Consentimiento informado para vacunación

☐ M ☐ F

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo asignado al nacer
			()		
Dirección de domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	☐ Domicilio ☐ Móvil
Vacunas que se solicitan: ☐ Gripe ☐ COVID ☐ VSR ☐ Herpes zóster ☐ Neumonía ☐ VPH ☐ Tétanos/Tos ferina ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis A ☐ Meningitis ☐ MMR ☐ Otro: _____ Grupo étnico: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino ☐ No lo dice (desconocido) Raza: ☐ Asiático ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico ☐ Caucásico ☐ Negro o afroamericano ☐ De Oriente Medio o del Norte de África ☐ Dos o más ☐ Otro ¿Qué brazo prefiere para la vacuna? ☐ Izquierdo ☐ Derecho Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Solo para pacientes con Medicare: Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social (SSN): _____ N.º de identificación de Medicare, parte B: _____					

Si el peso indicado es inferior a 66 libras: _____ Lbs.

Preguntas de la evaluación

	Sí	No
1. ¿Se siente enfermo hoy?	☐	☐
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, comida o vacunas? Si respondió Sí, haga una lista: _____	☐	☐
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de vacunarse (por ejemplo: síndrome de Guillain-Barré)?	☐	☐
4. Para mujeres: ¿Está embarazada, amamantando o está considerando quedar embarazada en el próximo mes? Si está embarazada , semana de gestación: _____	☐	☐
Marque todas las que le correspondan: ☐ Trastorno epiléptico/trastorno cerebral ☐ ¿Le han extirpado el timo o tiene problemas con su timo, como miastenia gravis, síndrome de DiGeorge o timoma? (solo fiebre amarilla) ☐ ¿Está tomando actualmente antibióticos o medicamentos antipalúdicos? (solo fiebre tifoidea oral) 5. ☐ Hospicio ☐ Asplenia ☐ Sistema inmunitario debilitado (p. ej., cáncer, VIH, herpes zóster activo, corticosteroides orales, medicamentos anticancerígenos o antivirales, transfusión de sangre o productos sanguíneos, inmunoglobulina, radioterapia) ☐ ¿Historial de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (Solo para MMR® II) ☐ ¿Ha recibido alguna vacunación en las últimas 4 semanas? En caso afirmativo, indique: _____		

Por la presente doy fe de lo siguiente: (1) Soy mayor de edad y estoy autorizado para firmar este formulario de consentimiento en nombre de mí mismo o de la persona que recibirá la(s) vacuna(s); (2) Consiento voluntariamente la administración de la(s) vacuna(s) por una persona legalmente autorizada para administrar vacunas, que esté empleada o contratada por Albertsons Companies, Inc. o una de sus farmacias afiliadas ("ACI"); (3) La información que he proporcionado en este formulario es correcta y yo, o la persona por la cual estoy dando mi consentimiento, cumplimos con los criterios de elegibilidad para la(s) vacuna(s); (4) Se me ha ofrecido o se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la empresa en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud ("HIPAA"); (5) He recibido, leído o me han explicado la(s) Declaración(es) de Información de Vacuna ("VIS") o la(s) Autorización(es) de Uso de Emergencia ("EUA") para la(s) vacuna(s) que se administrarán; (6) Entiendo los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s), incluyendo el tiempo recomendado para recibir dicha vacuna(s) y los posibles efectos secundarios; y (7) He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que debo informar al farmacéutico sobre cualquier condición médica que pueda afectar mi capacidad para recibir la(s) vacuna(s) de manera segura. Reconozco que se me ha aconsejado permanecer en el área de observación durante 15 minutos después de la vacunación, o si tengo antecedentes de alguna reacción alérgica de cualquier gravedad a una vacuna o medicamento inyectable o de anafilaxis debido a cualquier causa, permanecer en el área durante 30 minutos después de la vacunación. Entiendo que si dejo el área sin esperar, lo hago bajo mi propio riesgo y en contra del consejo médico. Si ocurre un evento adverso, doy mi consentimiento para la administración de medidas de emergencia que se consideren necesarias, incluyendo la administración de epinefrina. En nombre mío o del paciente, sus herederos y representantes personales, libero a ACI y a sus subsidiarias, afiliadas, funcionarios, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo actos u omisiones resultantes en relación con, o de cualquier manera relacionados con la administración de la(s) vacuna(s). Autorizo a ACI a presentar un reclamo de reembolso en mi nombre a Medicare, Medicaid, o cualquier tercero pagador, incluyendo mi empleador si está pagando por la(s) vacuna(s). Si el reclamo es denegado, acepto ser responsable del pago. Reconozco que esta vacuna puede estar sujeta a ser reportada al registro de inmunización de mi estado o al departamento de salud y su posterior compartición con otros proveedores de atención médica. Dependiendo de las leyes de mi estado, entiendo que puedo optar por no recibir dicha información siguiendo los requisitos establecidos por mi estado, incluyendo la notificación a ACI de mi preferencia cuando proceda. Si mi estado requiere un consentimiento expreso para dicho intercambio de datos, mi firma abajo evidencia mi consentimiento, a menos que haya indicado expresamente lo contrario a ACI. (Solo para Nueva Jersey: Autorizo ___ no autorizo ___ el reporte de la recepción de esta vacuna a mi proveedor de atención primaria; el hecho de no marcar autorizar/no autorizar será considerado como autorización). Para padres/tutores de pacientes menores de edad, confirmo que he recibido un aviso por escrito para visitar a un pediatra anualmente. Al firmar abajo, reconozco y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para la vacunación.

Necesidades de inmunización: Marque todo lo que se aplique a usted: (La elegibilidad puede depender del historial de vacunación, los factores de riesgo o la semana gestacional si está embarazada)

Fecha de la última: Vacuna antigripal _____ Vacuna COVID-19 _____ Vacuna contra el tétanos (Td o Tdap): _____

Según el estado de la enfermedad abajo,	puede ser elegible para recibir (mayores de 18 años):						
☐ Diabetes	Antigripal	COVID	Neumonía	Herpes zóster	Hepatitis B	Tdap	VSR
☐ Enfermedades del corazón							
☐ Asma/enfermedad pulmonar							
☐ Inmunocomprometido							
☐ Enfermedad hepática o renal (diálisis)							
☐ Fumador de tabaco							
☐ Embarazo	Tdap (semanas 27 a 36)				VSR (solo Abrysvo; semanas 32-36 de septiembre a enero)		
Basado en su edad,	puede ser elegible para recibir:						
☐ Es mayor de 50 años	Antigripal	Neumonía	Herpes zóster	Hepatitis B	Tdap	VSR (más de 75 años o en función de riesgo)	
☐ De 18 a 49 años		Hepatitis B	Tdap	VPH (edad máxima: 45 años)	Meningococo B (16 a 23 años)		
☐ De 11 a 17 años		Tdap	VPH	Meningococo ACWY (11 a 16 años) o Meningococo B (16 a 23 años)			

X

Firma del paciente o del padre/tutor legal del paciente menor (indicar la relación con el menor)

Nombre en letra de molde

Fecha

Reconozco y acepto que ACI no ofrece ninguna representación ni garantía con respecto al reembolso por parte de ningún tercero. Comprendo que soy totalmente responsable de todos los cargos que no sean reembolsados. X ____ Inicial



Reminder: Collect Patient Insurance and either scan or document

BIN, PCN, Rx Group, ID number, & any medical billing details if applicable on back of this form

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid	
COVID-19 (_____)					N/A	IM	R / L Deltoid	
						IM	R / L _____	
							R / L _____	
							R / L _____	

Ordering RPh Signature: _____ Name of Administrator: _____ Admin/VIS Provided Date: _____ ☐ NPP Offered
Counseling (Please circle): Accepted / Declined ☐ Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____
Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____ WA ONLY: Substitution Permitted _____ Dispense as Written: _____

ICIMZIV20260216