

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y SELECCIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN**  
**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

APPELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º NOMBRE	SEXO AL NACER (M/F)	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N.º DE TELÉFONO DEL PACIENTE		MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	TELÉFONO/FAX DEL MÉDICO	

ORIGEN ÉTNICO:  Hispano o latino  No hispano o latino  Se desconoce

RAZA:  Nativo americano/Nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái/isla del Pacífico  Negro  Blanco  Se desconoce

**SOLO PARA DESTINATARIOS DE LA PARTE B DE MEDICARE**

Autorizo a FHC Pharmacy a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago en virtud de Medicare es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para que actúen conforme a esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a los Especialistas de la Parte B como mi proveedor de la Parte B de Medicare.

¿PARTE B DE MEDICARE? (S/N)	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE EL NOMBRE TAL COMO APARECE EN LA TARJETA	NÚMERO DE MEDICARE
-----------------------------	---	--------------------

**VACUNAS SOLICITADAS**

ENUMERE: \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS DE SELECCIÓN DE SEGURIDAD**

1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos o componentes de la vacuna (es decir, huevos o látex)? Enumere: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Tuvo alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez se desmayó o tuvo mareos después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo en el corazón, los pulmones o los riñones; una enfermedad metabólica (p. ej., diabetes); un trastorno de la sangre; ausencia de bazo o falta de funcionamiento del bazo; deficiencia de componentes del complemento; un implante coclear; fuga de líquido cefalorraquídeo; o toma de un medicamento anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que se quede embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario, o tiene un familiar de primer grado con un problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunitario, como prednisona, otros corticoesteroides; fármacos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn u otras enfermedades autoinmunitarias; o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Dentro del último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados o le han administrado (gamma)inmunoglobulina o un fármaco antiviral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 SOLAMENTE:**

12. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de vacuna contra la COVID-19? Indique qué vacunas recibió: Pfizer      Moderna      Janssen (Johnson & Johnson)      Novavax      Otra: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19 o a algún componente (p. ej., polietilenglicol o polisorbato) de la vacuna? Si la respuesta es "sí", indique cuál fue su reacción: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Le han diagnosticado COVID-19 dentro de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis, síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A), síndrome inmunomediado de trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina, o trombosis con trombocitopenia? Si la respuesta es "sí", márkuela con un círculo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(CONTINÚE EN LA PARTE DE ATRÁS)

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

- Se me ha proporcionado y he leído la hoja de información sobre la(s) vacuna(s) que recibiré hoy.
- He tenido la oportunidad de revisar mis respuestas a las preguntas anteriores y de hacer preguntas, que fueron respondidas a mi entera satisfacción por el farmacéutico de Family Health Care (FHC) Pharmacy.
- La información que he proporcionado anteriormente es correcta y veraz a mi leal saber y entender.
- Acepto esperar en el área de vacunación durante al menos 15 minutos para observación por parte del farmacéutico de FHC Pharmacy.
- Certifico que tengo al menos 18 años de edad o que soy el tutor legal y, por la presente, doy mi consentimiento al personal de FHC Pharmacy para que administre la(s) vacuna(s) que se indican a continuación.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados a las vacunas.
- Yo, en mi nombre y en nombre de mis herederos, albaceas, representantes personales, agentes, sucesores y cesionarios, por la presente, acepto liberar, exonerar y mantener indemnes a FHC Pharmacy, sus filiales, agentes, directivos, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de, en relación con, o de cualquier forma relacionada con la administración de las vacunas que se indican a continuación.
- Acepto que FHC Pharmacy notifique a mi médico de las vacunas que recibiré ingresando la información de las vacunas en el registro estatal de inmunización o proporcionando la documentación exigida por la legislación estatal o las normas y reglamentos de la Junta de Farmacia (Board of Pharmacy).
- Entiendo que FHC Pharmacy solo puede facturar a ciertos seguros y que FHC Pharmacy me entregará este recibo que se puede enviar a mi aseguradora para un posible reembolso.
- Es mi responsabilidad colaborar con mi aseguradora para resolver cualquier problema que pudiera haber con el pago.

**FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA MAYÚSCULA):** \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN: USO EXCLUSIVO DE LA FARMACIA  
(ADMINISTRATION RECORD: PHARMACY USE ONLY)**

VACCINE:_____	SITE OF INJ:_____	VACCINE:_____	SITE OF INJ:_____	VACCINE:_____	SITE OF INJ:_____
LOT:_____	EXP. DATE:_____	LOT:_____	EXP. DATE:_____	LOT:_____	EXP. DATE:_____
RT OF ADMIN:_____	MFR:_____	RT OF ADMIN:_____	MFR:_____	RT OF ADMIN:_____	MFR:_____
VIS VERSION:_____	DOSAGE:_____	VIS VERSION:_____	DOSAGE:_____	VIS VERSION:_____	DOSAGE:_____

DATE OF VACCINATION/  
DATE VIS GIVEN

IMMUNIZER/PHARMACIST SIGNATURE

IMMUNIZER NAME (PRINTED)

**\*PLACE PHARMACY LABEL(S) / BACKTAG(S) HERE\***