

FORMULARIO DE EVALUACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE VACUNIZACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

				EDAD: ()
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	SEXO AL NACER (M/F)	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N.º DE TELÉFONO DEL PACIENTE		MÉDICO DE CABECERA		TELÉFONO/FAX DEL MÉDICO
LA INFORMACIÓN ANTERIOR ESTÁ ACTUALIZADA Y ES CORRECTA: ☐ Sí ☐ No, he realizado correcciones arriba				
ORIGEN ÉTNICO: ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano ni latino ☐ Se desconoce				
RAZA: ☐ Nativo estadounidense/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 lo dispuesto por Medicare es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para tramitar esta solicitud: solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a los Especialistas de la Parte B como mi médico 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 SOBRE EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD

¿Está enfermo hoy?	Sí	No
¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o al látex?	Sí	No
ENUMERE: _____		
¿Tuvo alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	Sí	No
¿Tiene alguno de los siguientes: problema de salud a largo plazo con el corazón, los pulmones o los riñones; una enfermedad metabólica (p. ej., diabetes); asma; un trastorno de la sangre; no tiene bazo; implante coclear; o fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?	Sí	No
¿Tiene cáncer, leucemia, Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o algún otro problema del sistema inmunitario?	Sí	No
¿Tiene su padre, madre, hermano o hermana un problema del sistema inmunitario?	Sí	No
En los últimos seis (6) meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunitario, como prednisona, otros corticoesteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	Sí	No
¿Ha tenido un trastorno convulsivo, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré u otro problema del sistema nervioso?	Sí	No
¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido Síndrome inflamatorio multisistémico en niños o adultos (MIS-C o MIS-A) después de una infección con el virus que causa la COVID-19?	Sí	No
En el último año, ¿ha recibido (gamma) inmunoglobulina, sangre/hemoderivados o un medicamento antiviral?	Sí	No
¿Está embarazada?	Sí	No
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	Sí	No
¿Alguna vez ha tenido mareos o ha sentido que se va a desmayar antes, durante o después de una inyección?	Sí	No
¿Siente ansiedad por recibir una inyección hoy?	Sí	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 este medio 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 asociadas con las vacunas.
- Yo, en mi nombre y en nombre de mis herederos, albaceas, representantes personales, agentes, sucesores y cesionarios, por este medio acepto liberar, exonerar y eximir de toda responsabilidad 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 la(s) vacuna(s) que se indica(n) 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: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA): _____

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN:USO EXCLUSIVO DE LA FARMACIA

Vacuna 1	Fabricante	Lote	Fecha de vencimiento	Dosis	Lugar de la inyección	Fecha de la Declaración de información sobre vacunas (DIV)
					Deltoides izquierdo (DI) Deltoides derecho (DD)	
		Colocar aquí la etiqueta adhesiva de la jeringa o el vial				
Vacuna 2						
					DI DD	
		Colocar aquí la etiqueta adhesiva de la jeringa o el vial				

FECHA DE LA VACUNACIÓN/
FECHA DE ENTREGA DE LA DIV

FIRMA DEL INMUNIZADOR/FARMACÉUTICO

NOMBRE DEL INMUNIZADOR (EN
LETRA IMPRENTA)

INICIALES

Antes de la administración
Revisada por el farmacéutico: lista para administrar

Después de la administración
Se confirmó que la información de la administración coincide con la de Pioneer

_____ Listo para escanear

_____ Escaneado, listo para archivar

COLOCAR ETIQUETA(S) DE LA FARMACIA AQUÍ