

Formulario de consentimiento para vacunación de Farmacia Costco



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	INICIAL	SEXO (M/F)	FECHA NACIM. (MM/DD/AAAA)
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	C. P.
NÚM. TELEF. CELULAR 10 DÍGITOS	CONDADO (DONDE VIVE EL PACIENTE)		CORREO ELECTR. PACIENTE	
PROVEEDOR CUIDADOS PRIMARIOS (MÉDICO, OCULISTA, ENFERMERO, AUX. MÉDICO)		TEL./FAX DE PROVEEDOR	DIRECCIÓN DE PROVEEDOR CUIDADOS PRIMARIOS	
RAZA – Seleccione todas las opciones que apliquen <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Caucásico/a				
ORIGEN ÉTNICO – Marque una opción <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No soy Hispano/a o Latino/a				

INFORMACIÓN DE SEGURO

<input type="checkbox"/> SIN SEGURO	<input type="checkbox"/> EFECTIVO	<input type="checkbox"/> NÚM. DE MEDICARE	<input type="checkbox"/> NOMBRE DE OTRA AGENCIA DE SEGUROS	NÚM. DE GRUPO	NÚM. ID. BANC./RED CUID. PRIM:	NÚM. ID
-------------------------------------	-----------------------------------	---	--	---------------	--------------------------------	---------

VACUNA(S) SOLICITADA(S)

<input type="checkbox"/> Influenza, inyectable	<input type="checkbox"/> Meningococo	<input type="checkbox"/> Hepatitis A y B	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Tosferina	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Influenza, nasal	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> VPH	<input type="checkbox"/> Herpes zóster	<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas y rubéola	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Neumococo	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Poliomielititis	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> COVID (indicar marca)	

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES (Favor de marcar "sí" o "no" para cada pregunta).

- ¿Hoy está enfermo/a? Sí No
- ¿Tiene alergia a algún medicamento, alimento o vacuna? Sí No
Alergias _____
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? Sí No
- ¿Alguna vez se ha desmayado o ha sentido mareos después de recibir una vacuna? Sí No
- ¿Actualmente está recibiendo tratamiento para tratar un problema de salud a largo plazo como una enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ej., diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre? Sí No
- ¿Actualmente está recibiendo tratamiento contra el cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Sí No
- ¿Actualmente está tomando cortisona, prednisona, otro tipo de fármaco esteroideo o contra el cáncer, o se ha sometido a algún tratamiento de rayos X? Sí No
- ¿Tiene en su historial el síndrome de Guillain-Barre? Sí No
- ¿Ha sufrido un accidente cerebrovascular, o problema cerebral o de los nervios? Sí No
- Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado una medicina llamada gama globulina inmune? Sí No
- Para mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pudiera quedar embarazada durante el mes próximo? Sí No
- ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Sí No
En caso de que sí, ¿qué vacuna? _____
- ¿Es alérgico/a a los huevos? Sí No
- ¿Es usted alérgico al látex? Sí No
- Para tétanos: ¿tiene usted una cortada, lesión, pinchazo o herida abierta? Sí No

REACCIONES ADVERSAS

Una vacuna, como cualquier medicina, es capaz de causar serios problemas, como reacciones alérgicas graves. El riesgo de que alguna vacuna cause un daño grave, o el fallecimiento de una persona, es extremadamente pequeño. Los síntomas locales pueden incluir: dolor ligero, enrojecimiento, comezón o hinchazón en el lugar de la inyección. Los síntomas sistémicos pueden incluir: fiebre, malestar y dolor muscular. Otros síntomas sistémicos pueden presentarse en forma poco frecuente. Generalmente, estas reacciones empiezan entre 6 y 12 horas después de la aplicación de la vacuna y pueden durar unos cuantos días. Presuntas reacciones alérgicas inmediatas, como urticaria, angioedema, asma alérgica o anafilaxis sistémica ocurren rara vez tras recibir una vacuna. Estas reacciones pueden ser el resultado de reacciones de hipersensibilidad en personas con una severa alergia al huevo, y a dichas personas no se les debe administrar ciertas vacunas que contienen huevos. Las personas con hipersensibilidades documentadas a los huevos mediadas por la inmunoglobulina E (IgE) o a cualquier otro componente de la vacuna, incluyendo el timorosal, también podrían correr un riesgo mayor de sufrir reacciones debido a las vacunas. En caso de una reacción grave como fiebre alta, cambios en el comportamiento o síntomas como de gripe que ocurran después de recibir una vacuna, consulte a un médico de inmediato. Las señales de una reacción alérgica pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, urticaria, palidez, debilidad, un ritmo cardíaco acelerado o mareos, unos cuantos minutos a unas cuantas horas después de recibir la vacuna.

He leído las reacciones adversas asociadas con la administración de vacunas. Es posible que la vacuna que está recibiendo haya sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (la FDA) de acuerdo con una Autorización de Uso de Emergencia (EUA, en inglés). Las vacunas autorizadas de acuerdo con una EUA han sido rigurosamente evaluadas en cuanto a su eficacia y seguridad. Una copia de la hoja de información sobre el fármaco de parte del fabricante de la vacuna se encuentra disponible si se solicita. Además, también he tenido oportunidad de hacer preguntas acerca de estas vacunas. Yo creo que los beneficios son mayores que los riesgos y, en forma voluntaria, asumo la total responsabilidad por cualquier reacción que pudiera resultar de que yo reciba la(s) vacuna(s) o que la persona nombrada a continuación, y de quien soy tutor legal ("Pupilo/a") reciba la(s) vacuna(s). Mi expediente médico puede compartirse con mi médico u otro proveedor de atención médica y el expediente médico de mi Pupilo/a puede compartirse con su médico u otro proveedor de atención médica. Estoy solicitando que la(s) vacuna(s) me sean administradas a mí o a mi Pupilo/a. Yo, por mí mismo/a y a nombre de mi Pupilo/a, y cada uno de nuestros respectivos herederos, albaceas, representantes personales y personas asignadas, por medio del presente documento libero a Costco, y a sus afiliados, subsidiarias, divisiones, directores, contratistas, agentes y empleados (en forma colectiva "Partes liberadas"), de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de, en relación con o de cualquier forma relacionadas con que yo reciba y que mi Pupilo/a reciba esta vacuna o vacunas. Ni a Costco ni a ninguna de las Partes liberadas se les considerará, en cualquier momento o en cualquier medida, que están sujetos a, son responsables de, o que de ninguna forma tendrán que rendir cuentas por cualquier pérdida, lesión, fallecimiento o daño sufrido o recibido por cualquier persona en cualquier momento en relación con o como resultado de este programa de vacunación o la administración de las vacunas descritas arriba. Costco usará y divulgará su información personal y de salud o la información personal y de salud de su Pupilo/a, para tratarle a usted o a su Pupilo/a, para recibir el pago por la atención que brindemos, y por otras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica generalmente incluyen tales actividades que realicemos para mejorar la calidad de la atención. Hemos preparado un AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD detallado para ayudarle a entender mejor nuestras políticas con respecto a la información de salud personal de usted y de su Pupilo/a. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

FIRMA/TUTOR LEGAL	NOMBRE CON LETRA DE MOLDE
-------------------	---------------------------

EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO Sólo para uso de la farmacia

FECHA DE VAC./FECHA QUE SE ENTREGÓ DECLARAC. INFO. SOBRE VACUNAS (VIS)	NOMBRE DE LA FARMACIA	DIRECCIÓN DE LA FARMACIA
FIRMA DEL FARMACÉUTICO/DE QUIEN RECETA - SE PERMITE SUBSTITUCIÓN		FIRMA DEL FARMACÉUTICO/DE QUIEN RECETA - PREPÁRESE COMO SE RECETA
VACUNA: _____	LUGAR DE INYECC.: _____	LOTE NÚM.: _____
FECHA VENC.: _____	RUTA DE ADMIN.: _____	FABRICANTE: _____
VERSIÓN DE VIS: _____	DÓSIS: _____	