Consentimiento informado para vacunación en Giant Food Pharmacy

Tienda: Tipo: Fecha: N.º de conf.:

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: Edad: Sexo:

Dirección: Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Dirección de correo electrónico:
Teléfono particular: Teléfono celular:

Proveedor de atención primaria: Número de teléfono del proveedor de atención primaria:
Dirección del proveedor: Número de fax del proveedor: Me gustaría suscribirme a las notificaciones por mensaje de texto
Actualmente no tengo un proveedor de atención primaria Me gustaría recibir una copia de este consentimiento

Indique su raza seleccionando una de las siguientes opciones:
Asiático Negro/afroamericano Blanco Otra opción
Nativo de Hawái/nativo de otra isla del Pacífico Desconocida
Nativo americano/nativo de Alaska

Indique su etnia seleccionando una de las siguientes opciones:
Hispano o latino Ni hispano ni latino
Desconocida

Información de Medicare B
Complete esta sección si cumple con los requisitos para Medicare/65+
(esta es la información que se encuentra en su tarjeta roja, blanca y azul)

N.º Medicare B	
Últimos 4 dígitos del número de seguro social	
Nombre como aparece en la tarjeta	

Para uso exclusivo del farmacéutico - Notas

Información del seguro ***(registre toda la información, ya que las vacunas pueden facturarse de diversas formas)***

	Tarjeta de seguro de farmacia	Tarjeta de seguro médico
Nombre del seguro/n.º de identificación del pagador		
N.º de identificación del titular de la tarjeta		
N.º BIN de receta		N/A
N.º PCN de receta		N/A
N.º grupo		
Información del titular de la tarjeta (si no es el paciente antes mencionado):	Nombre: Fecha de nacimiento: Relación con el titular de la tarjeta:	

Solamente para las personas sin seguro: complete esta sección si no tiene ningún seguro médico o de farmacia privado o financiado por el gobierno.

Doy fe de que no cuento con ninguna cobertura de seguro médico o de farmacia.

Licencia de conducir o información de identificación del estado ***(exclusivamente para fines de facturación)***	Estado: N.º de identificación:

Sección para uso EXCLUSIVO del farmacéutico

Fecha administración	N.º dosis	N.º lote	Fecha de vto.	Nombre y fabricante de la vacuna	Dosis	Lugar de inyección	Fecha de revisión de la EUA/VIS	Fecha de emisión de la EUA/VIS
					ml	IM/SC I/D PPLB/DELTOIDES		
					ml	IM/SC I/D PPLB/DELTOIDES		
					ml	IM/SC I/D PPLB/DELTOIDES		
					ml	IM/SC I/D PPLB/DELTOIDES		

Cuestionario de pesquisaje. Pregunte o contacte al farmacéutico si necesita ayuda. **Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento:**	**Sí**	**No**
Marque a continuación todas las enfermedades/grupo de edad que se apliquen a usted para que podamos evaluar si necesita otras vacunas: **Diabetes Asma Fumador Enfermedad cardíaca Enfermedad pulmonar Mayor de 50 años Mayor de 65 años**		
¿Le han aplicado las siguientes vacunas? **Gripe Neumonía Meningitis Herpes zóster Antitetánica** **Tosferina Hepatitis COVID-19 Otra(s):**		
1. ¿Qué vacuna o vacunas le interesa recibir hoy? Marque todas las que correspondan. ***Un farmacéutico revisará sus respuestas para determinar qué vacunas puede recibir hoy.*** ****Si está interesado en una vacuna contra la COVID-19, solicite primero una cita para esta vacuna, ya que las cantidades y las vacunas varían según el lugar*** *** COVID-19 Gripe Herpes zóster Antitetánica/Tdap Neumonía Otra(s):**		
Si acude por la vacuna contra la COVID-19, ¿qué dosis solicita recibir?: Dosis 1 Dosis 2 Dosis 3 (personas inmunodeprimidas) Dosis de refuerzo		
2. ¿Ha recibido alguna vacuna (<u>aparte de la COVID-19</u>) en los últimos 28 días? En caso afirmativo, ¿qué producto recibió y cuándo? **Producto 1: Fecha: Producto 2: Fecha: Producto 3: Fecha:**		
3. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de una vacuna contra la COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué producto recibió y cuándo? Moderna Pfizer Janssen (Johnson & Johnson) Otro producto: _____ Fecha 1: Fecha 2 (según corresponda): Fecha 3 (según corresponda): Fecha 4 (según corresponda)**:**		
4. ¿Se siente enfermo hoy? (Por ejemplo: con un resfrío, fiebre o enfermedad aguda)		
5. ¿Ha tomado algún antiviral (es decir, Tamiflu, valaciclovir) en las últimas 48 horas?		
6. ¿Alguna vez se ha desmayado después de administrarse una vacuna o después de extraerse sangre?		
7. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a alguna vacuna que haya requerido atención médica?		
8. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a alguno de los siguientes productos? *(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de las 4 horas siguientes y que haya causado urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluso sibilancias).*		
Una dosis anterior de vacuna contra la COVID-19		
Un componente de la vacuna contra la COVID-19, lo que incluye cualquiera de los siguientes: o *Polietilenglicol (PEG),* que se encuentra en algunos medicamentos, tales como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia o *Polisorbato,* que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos		
Una vacuna (que no sea una vacuna contra la COVID-19) o un medicamento inyectable		
Alimentos, mascotas, veneno, elementos ambientales o medicamentos orales *(p. ej., huevos, levadura, conservantes, fenol, timerosal, estreptomicina, neomicina, gelatina, látex, proteínas bovinas)*		
9. ¿Alguna vez le han diagnosticado el síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) tras una infección por COVID-19?		
10. ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?		
11. ¿Tiene rellenos dérmicos?		
12. ¿Ha recibido tratamiento de inmunización pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para la COVID-19, o ha recibido inmunoglobulinas (gammaglobulinas) o una transfusión de sangre o plasma en el último año? ¿Cuándo fue su última dosis? _____		
13. ¿Tiene un trastorno hemorrágico, usa un anticoagulante o tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?		
14. ¿Tiene usted, algún integrante de su casa o alguna persona a la que está cuidando un sistema inmunitario debilitado debido a alguna situación como una infección por VIH/SIDA, cáncer o debido a que usa medicamentos o se somete a tratamientos que causan inmunodepresión? Esto incluye tratamientos con prednisona, otros esteroides, inyecciones semanales, medicamentos contra el cáncer o radiación.		
15. ¿Tiene algún problema de salud crónico relacionado con el corazón, los pulmones, los riñones, diabetes, asma, enfermedades sanguíneas, le extrajeron el bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, implante coclear o fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento prolongado con aspirina?		
16. ¿Ha tenido convulsiones, trastornos cerebrales o algún otro trastorno neurológico, o ha tenido el síndrome de Guillain-Barré, una afección que causa parálisis?		
17. Si es menor de 17 años de edad: En la actualidad, ¿está tomando aspirina o algún otro producto que contenga aspirina?		
18. ¿Está embarazada, planea quedar embarazada o está amamantando?		

Consentimiento informado

Nombre del paciente: **Fecha de nacimiento:**

Autorización de uso de emergencia: La FDA ha emitido una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) para ciertas vacunas (p. ej., la vacuna contra la COVID-19). La EUA se usa cuando existen circunstancias que justifiquen el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante una emergencia (como la pandemia de la COVID-19). Esta vacuna no ha completado el mismo período de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de permitir que esta vacuna esté disponible con una EUA tiene sus fundamentos en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica disponible, que indica que los beneficios conocidos y posibles de la vacuna superan los riesgos conocidos y posibles.

Consentimiento: Certifico que soy: (i) el paciente y soy mayor de 18 años; o (ii) el representante personal del paciente. Acepto o doy mi consentimiento para la administración de la(s) vacuna(s) marcada(s) en este consentimiento por parte de un farmacéutico de Giant. Donde corresponda y esté aceptado por las normas del estado, doy mi consentimiento a que un empleado o técnico de la farmacia de Giant administre mi vacuna. Reconozco que tengo derecho a solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Giant. He leído o me han leído la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) o la hoja de datos de la EUA para las vacunas indicadas en este formulario. Para la vacuna contra la COVID-19: He recibido y he leído, o me han explicado, la hoja de datos para el paciente correspondiente a la vacuna contra la COVID-19 que me aplicarán (o que aplicarán a la persona nombrada anteriormente y en nombre de quien estoy autorizado a realizar esta solicitud y brindar consentimiento). Comprendo que si esta vacuna requiere varias dosis, será necesario administrar (dar) varias dosis de esta vacuna. He tenido la oportunidad de realizar preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente (y me aseguré de que la persona nombrada anteriormente y en nombre de quien estoy autorizado a brindar consentimiento también tuvo la oportunidad de hacer preguntas). Solicito que se me administre la vacuna contra la COVID-19 (o que se administre a la persona nombrada anteriormente y en nombre de quien estoy autorizado a realizar esta solicitud y brindar consentimiento). Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna y acepto voluntariamente la responsabilidad total por cualquier reacción que esta pudiera causar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas en su totalidad de manera satisfactoria. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s). Comprendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante al menos 15 minutos y que es posible que deba permanecer por 30 minutos (si fuera necesario según las respuestas a las preguntas de pesquisaje anteriores) después de la vacunación para que me observen a fin de detectar posibles reacciones adversas. Acepto la administración de epinefrina o difenhidramina de emergencia, en caso de ser necesario, para tratar un evento adverso posterior a la administración de la vacuna. Comprendo que si tengo efectos secundarios debo llamar a la farmacia, contactar al médico o llamar al 911. Entiendo que si presento algún efecto secundario, será mi responsabilidad realizar un seguimiento con mi médico por mi cuenta. Comprendo que todo dinero o beneficio por la administración de la vacuna será asignado y transferido al proveedor de la vacunación, incluso los beneficios/dinero de mi plan de seguro de salud, Medicare, Medicaid u otros terceros que sean financieramente responsables de mi atención médica. Comprendo que es posible que Giant Pharmacy se vea obligada a divulgar o divulgue voluntariamente mi información de salud a mi médico de cabecera (si tuviera uno), mi plan de seguro, los sistemas de salud y hospitales, instituciones educativas, fabricantes, y/o registros del estado o federales, para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención de la salud (tales como administración o aseguramiento de la calidad). También comprendo que Giant Pharmacy usará y divulgará mi información de salud según se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad (se puede obtener una copia en la tienda, en línea o al solicitar una copia impresa en la farmacia). Por el presente, eximo a Giant Pharmacy y su empresa matriz, subsidiarias y filiales, y a sus ejecutivos, empleados y agentes, respectivamente, de toda responsabilidad que podría surgir a partir de esta vacuna en mi nombre y en el de mis herederos y representantes personales**.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

X_____ Fecha: _____

Firma del paciente o el representante personal del paciente**Un representante personal es una persona que tiene facultades legales para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente.*

Tutor del paciente (en letra de imprenta): _____ Tipo de tutor: _____

Sección para uso EXCLUSIVO del farmacéutico

Peso del paciente: _____ lb _____ kg	**Notas del farmacéutico:**

He revisado los documentos de certificación del estado del paciente (si corresponden en mi estado) Iniciales del farmacéutico: ____

¿Se envió una copia al médico? SÍ □ NO □ ¿Se entregó el certificado de vacunación al paciente? SÍ □ NO □

Registro verificado para confirmar número de dosis/producto: SÍ □ NO □ Fecha: _____ Producto: _____

He revisado el Cuestionario de pesquisaje para vacunas para evaluar al paciente respecto de las posibles contraindicaciones y precauciones relacionadas con las vacunas que se administrarán hoy. He confirmado que la vacuna solicitada está indicada para el paciente. Iniciales del farmacéutico: _____

Nombre del farmacéutico/empleado/técnico: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Firma del farmacéutico/empleado/técnico: _____ NPI (n.º de identificación de proveedor): _____ N.º de matrícula: _____

Ubicación de la farmacia/administración: _____Teléfono: _____