



_____ Temperatura actual

Formulario de consentimiento de vacuna

Primer Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: () _____ Médico de Cabecera: _____ Vacuna: _____ Ocupación: _____

Medicare Parte B: Sí / No - Número de identificación de Medicare (de la tarjeta roja, blanca y azul): _____ Sexo: M/F

ID del titular de la tarjeta de seguro para medicamentos con receta: _____ BIN _____ PCN _____ Grupo _____

Raza: Asiático Negro Indio Americano Blanco Otros No. de SS: _____

Responda las siguientes preguntas para determinar si es elegible para una vacuna. Si tiene alguna pregunta, consulte a un farmacéuta.

Cuestionario sobre vacunas		Sí	No
1	¿Está usted enfermo actualmente con fiebre entre moderada y alta, vómitos/diarrea?		
2	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una inmunización, incluyendo sensación de mareo o desmayo?		
3	¿Tiene afecciones de salud crónicas como enfermedades cardíacas, pulmonares, hepáticas, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno sanguíneo?		
4	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH /SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? ¿Le han diagnosticado con artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de <i>Crohn</i> ?		
5	¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas? (huevos, gelatina, neomicina, polimixina o timerosal, polietilenglicol). En caso afirmativo, por favor enumere _____		
6	¿Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo, un trastorno cerebral (incluyendo <i>Guillian Barre</i>) o cualquier otro trastorno del sistema nervioso?		
7	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunológico tales como cortisona, prednisona, otros esteroides, o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos de radiación?		
8	Para Tdap y Td adulto (SOLAMENTE): ¿Tiene usted una herida abierta, punción o desgarró de tejido que haya sido motivo para vacunarse contra el tétano?		
	Para las mujeres: ¿está usted embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?		
Solo vacunas vivas			
1	¿Está usted actualmente tomando infusiones caseras o recibiendo inyecciones semanales?		
2	¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas cuatro semanas?		
3	¿Ha recibido una transfusión de sangre, productos sanguíneos o inmunoglobulina o medicamento antiviral en el último año?		
4	¿Tiene antecedentes de enfermedad del timo o timectomía? (solo fiebre amarilla)		
5	¿Está tomando actualmente algún antibiótico o medicamento antipalúdico? (Solo oral para tifoidea)		

Si estoy recibiendo un refuerzo o una dosis adicional de la vacuna COVID-19, fuera de la serie primaria, declaro que cumplo con los requisitos actuales del CDC. Si estuviera recibiendo una tercera dosis de la vacuna COVID-19 (Moderna o Pfizer), doy fe de que estoy moderada o gravemente inmunocomprometido(a) y, por lo tanto, soy elegible para recibir esta vacuna. Certifico que soy: (i) el Paciente y tengo al menos 18 años de edad; (ii) el padre o custodio legal del Paciente menor; o (iii) el custodio legal del Paciente. Además, doy mi consentimiento al proveedor de atención médica de las farmacias SEG. Reconozco que he recibido, leído y entiendo la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el contenido de la Declaración de Información sobre Vacunas. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y creo que los beneficios de recibir la vacuna superan los riesgos asociados con recibir la vacuna. Entiendo y acepto que esta compañía puede estar obligada por la ley aplicable a reportar cierta información sin previo aviso sobre mis vacunas a las autoridades reguladoras estatales y federales apropiadas para fines tales como la notificación de eventos adversos o registros de inmunización. Además, acepto eximir de responsabilidad a BI-LO, LLC y sus subsidiarias, funcionarios, empleados, agentes, representantes, contratistas, sucesores y cesionarios de cualquier reclamo o acción que surja de o, de alguna manera, sea incidental a esta vacunación. Tengo 18 años o más, no estoy bajo coacción y he leído y entiendo este consentimiento informativo para la vacuna que se enumera a continuación. Comunicaré la información que me proporcionaron hoy sobre mi vacunación a mi médico de cabecera, si tuviera uno. También entiendo que debo estar en la tienda durante un período de observación de 15 minutos después de recibir mi vacuna. Además, al firmar a continuación, doy fe de que califico para recibir la vacuna según las pautas / requisitos de elegibilidad de las jurisdicciones de salud de mi estado.

Nombre			Firma del Paciente o Tutor Legal				Fecha		
Fecha de Administración	Vacuna	Lote #	Fecha de Expiración	Fabricante	Dosificación	Sitio de Inyección	Fecha EUA	Fecha VIS	Fecha MD Notificado

Para niños de 3 a 17 años: Doy fe de que informé al paciente o al cuidador adulto de la importancia de los controles de bienestar pediátricos

Firma del farmacéuta que administró la vacuna: _____