

Consentimiento informado para recibir vacunas inactivadas y vivas

<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No binario					
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
Vacunas que se solicitan: <input type="checkbox"/> Gripe <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Herpes zóster <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Otra: _____		Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder (Desconocido)		Especifique su peso si pesa menos de 66 libras: _____ libras.	
¿Qué brazo prefiere para la vacuna? <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho		Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Dos o más <input type="checkbox"/> Otro		Solo para pacientes con Medicare: Últimos 4 dígitos del N.º del Seguro Social (SSN): _____ N.º de identificación de Medicare Parte B: _____ Correo electrónico: _____ Proveedor de atención primaria Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	

Preguntas de evaluación – SI SE COMPLETARON EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE		Sí	No	
1.	¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o vacunas? Si la respuesta es "sí", especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Tiene alguna condición médica o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunológico? (p. ej. cáncer, leucemia, VIH, herpes zóster activo, toma prednisona, esteroides por vía oral, medicamentos para el cáncer o antivirales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna del COVID-19? (Solo COVID-19) Si la respuesta es "sí", ¿qué producto recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando embarazarse en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? (Solo Tdap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacunas necesarias		Sí	No	No estoy seguro
8.	Marque todas las que le correspondan: <input type="checkbox"/> Asma o enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna de la NEUMONÍA? Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y qué tipo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pacientes mayores de 50 años: ¿Alguna vez ha recibido la vacuna del HERPES ZÓSTER? Si la respuesta es "sí", ¿en qué fecha? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Cuántos años han pasado desde su última vacuna del TÉTANOS? _____ años			<input type="checkbox"/>
11.	Pacientes de 19 a 59 años de edad: ¿Alguna vez ha recibido una serie de vacunas de la hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pacientes menores de 46 años: ¿Alguna vez ha recibido la vacuna del HPV (virus del papiloma humano)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿Alguna vez ha recibido una vacuna de la meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Indique sobre qué vacunas le gustaría obtener más información <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola) <input type="checkbox"/> Vacunas necesarias para viajar <input type="checkbox"/> Vacunas de la infancia <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No estoy seguro: me gustaría que se hiciera una evaluación de las posibles deficiencias o necesidades de vacunación			
Solo vacunas vivas (varicela, cólera, antigripal intranasal, MMR® II, rotavirus, fiebre tifoidea oral y fiebre amarilla)		Sí	No	
15.	¿Ha recibido alguna vacunación en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es "sí", especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o derivados de la sangre, le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	¿Le han quitado la glándula timo o ha tenido una historia de problemas con su timo, como miastenia grave, síndrome de DiGeorge o un timoma? (solo para fiebre amarilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	¿Actualmente está tomando antibióticos o medicamentos antipalúdicos? (solo para fiebre tifoidea oral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	¿Tiene una historia de trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? (Solo para MMR® II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Para menores de 18 años: ¿Está tomando aspirina o algún medicamento que tiene aspirina? (solo para antigripal intranasal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

X

Firma del paciente o del padre/madre/tutor legal del paciente menor de edad (especifique la relación con el menor) Nombre en letra de molde Fecha

Vacuna antigripal de la próxima temporada antes del 1 de septiembre, marque lo que corresponda: Menor < 18 años de edad Embarazada (3er. trimestre) no puede regresar en una fecha posterior para la vacunación

Below for Pharmacy Use Only:

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date
COVID-19(_____)					# _____	IM	R / L Deltoid	
Flu (_____)						IM	R / L Deltoid	
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022
Prevnar 20®			Pfizer	0.5	1	IM	R / L Deltoid	2/4/2022
							R / L _____	
							R / L _____	

WA ONLY: Substitution Permitted: _____ Dispense as Written: _____

Ordering RPh Signature: _____ Name of Administrator: _____ Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered Counseling (Please circle): Accepted / Declined	RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____ Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): _____ <input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____
---	--