Pharmacy

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN

Nombre:_____Fecha de nacimiento: ____/____/_____Edad:_____ Sexo: M / F

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal: _____

Tel: (____)_____ # ID de Medicare (con letras):_____# de personal del asociado de Publix:_____

Nombre del médico: _____ Nombre y teléfono del contacto de emergencia:_____

¿Cuáles vacunas quiere recibir hoy? Seleccione las vacunas para administrar. Sujeto a restricciones por estado.

☐ Influenza (Flu) ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis combo (A&B) ☐ Virus del papiloma humano ☐ Meningocócica

☐ Sarampión, paperas, rubéola ☐ Neumocócica ☐ Tétanos, difteria, tos ferina ☐ Culebrilla ☐ COVID ☐ Otras _____

	Precauciones y contraindicaciones: Favor de marcar SÍ o NO para cada pregunta.	**SÍ**	**NO**
Para vacunas inactivas y activas	1. ¿Tiene 18 años de edad o más?		
	2. ¿Tiene un resfriado, fiebre o una enfermedad aguda?		
	3. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna/ingrediente de la vacuna? Si la respuesta es sí, favor de indicar cuál:		
	4. ¿Es alérgico a los huevos de gallina o productos que contengan huevo?		
	5. Si es mujer: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes?		
	6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción seria después de recibir una vacuna?		
	7. ¿Ha sido diagnosticado alguna vez con el síndrome de Guillain-Barré?		
	8. ¿Tiene algún problema epiléptico, cerebral o neural?		
Para vacunas activas	9. ¿Padece de un sistema inmunológico débil debido al virus del SIDA u otra enfermedad que afecte el sistema inmunológico, un tratamiento a largo plazo con una dosis alta de esteroides o un tratamiento contra el cáncer con radiación o medicamentos?		
	10. ¿Vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico esté seriamente comprometido y necesite estar en aislamiento seguro?		
	11. Durante el año pasado, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre o derivados, o un medicamento llamado gamma globulina?		
	12. En las pasadas 4 semanas, ¿se ha vacunado?		
	13. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo como enfermedades del corazón, pulmones, riñones, hígado, metabólicas (ej. diabetes), neurológicas o neuromusculares, anemia u otro trastorno sanguíneo?		
	Si su respuesta es "SÍ" a cualquiera de las preguntas 2-14, debe de hablar con el farmacéutico antes de vacunarse.		

Para los propósitos de este consentimiento, "yo", "mí", y "usted" se refieren al otorgante del consentimiento o al Paciente según lo requiera el contexto. El otorgante del consentimiento debe ser el Paciente si el Paciente posee la capacidad legal para dar su consentimiento (por ejemplo, no es un menor no emancipado). Alternativamente, el otorgante del consentimiento debe ser una persona con la capacidad legal para dar su consentimiento por el Paciente, como un padre, tutor o sustituto autorizado para la atención médica.

Solicito y doy voluntariamente mi consentimiento para que un Proveedor de Vacunas de Publix suministre la vacuna seleccionadapara la cual se hace esta cita ("Vacuna") al paciente para quien se hace esta cita ("Paciente"). Entiendo que el "Proveedor de Vacunas de Publix" es un farmacéutico, un pasante de farmacia o un técnico de farmacia, empleado o contratado por Publix Super Markets, Inc. o un afiliado o subsidiario de Publix (colectivamente, "Publix"). Por la presente reconozco que Publix me ha proporcionado una Declaración de Información de la Vacuna, una Autorización de Uso de Emergencia o una hoja informativa ("Orientación") que contiene información sobre la vacuna, incluyendo información sobre ciertas reacciones adversas que el Paciente puede experimentar como resultado de recibir la vacuna. Además, reconozco que he leído y entendido cuidadosamente esta Guíaantes de que el Paciente reciba la Vacuna. Le preguntaré al Proveedor de Vacunas de Publix o, si lo prefiero, al farmacéutico de turno de Publix si ese farmacéutico no es el Proveedor de Vacunas de Publix, cualquier pregunta que pueda tener sobre la Vacuna o sobre la información en la Declaración de Información de la Vacuna antes de que el Paciente reciba la vacuna. Al permitir que el Proveedor de Vacunas de Publix suministre la Vacuna al Paciente, acepto que entiendo completamente todos los riesgos y beneficios relacionados con la Vacuna y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que puedo optar para que el Paciente no reciba la Vacuna y no me cobrarán por la cancelación.

He respondido con sinceridad a todas las preguntas relacionadas con el historial médico del Paciente que se enumeran anteriormente. Entiendo que si respondo una pregunta con un "SI", existe una mayor probabilidad de que el Paciente experimente una reacción adversa por la suministración de la Vacuna.Después de una cuidadosa consideración, creo que los beneficiosde que el Paciente reciba la Vacuna superan los riesgos asociados con recibir la Vacuna y he decidido permitir que el Proveedor de Vacunas de Publix le suministre la Vacuna al Paciente.

He proporcionado información veraz, completa y precisa que identifica el plan de atención médica/cobertura de seguro aplicable del Paciente, si corresponde. Autorizo a Publix a presentar un reclamo al plan de atención médica/seguro médico del Paciente por este servicio y por la presente cedo los derechos del Paciente a los beneficios del plan de atención médica/seguro médico para cobrar cualquier beneficio disponible debido con respecto a dicho reclamo a Publix. Seré financieramente responsable de los copagos, coseguros y deducibles de los servicios solicitados, así como de los servicios que no estén cubiertos por los beneficios del seguro médico/plan de atención médica del paciente.

Autorizo a Publix a usar y/o divulgar dicha información sobre el Paciente, incluyendo cualquier información médica relacionada que proporcione a Publix, o que Publix, cree o reciba, que Publix razonablemente determine que es necesario para recibirel pago por sus servicios, realizar el tratamiento del Paciente o realizar operaciones de atención médica. Esta autorización incluye divulgaciones a agencias reguladoras, Medicare, Medicaid, planes de salud, seguros médicos, administradores de beneficios de farmacia, procesadores de reclamos, compañías de facturación, intérpretes y otras personas involucradas en el tratamiento del Paciente o pago por el tratamiento del Paciente, así como cualquier registro de vacunación, intercambio de información de salud o base de datos de eventos adversos, o cualquier persona designada, para los informes de salud pública o la coordinación de la atención. Dependiendo de la ley aplicable, puedo evitar la divulgación de cierta información de vacunación al registro o al intercambio llenando un formulario de exclusión voluntaria que está disponible en la farmacia. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si retiro mi consentimiento, la ley aplicable puede permitir ciertas divulgaciones de mi información de vacunación o a través del registro o intercambio o a agencias gubernamentales.

Publix no será, en ningún momento, o en la medida permitida por la ley aplicable, de ninguna manera responsable por cualquierpérdida, lesión, muerte o daño sufrido o sufrido por el Paciente, yo o cualquier otra persona en cualquier momento en relación con, o como resultado de, la suministración de la Vacuna al paciente por parte del Proveedor de Vacunas de Publix. Yo, para mí y para el Paciente, y para mí y los herederos, ejecutores, representantes personales y cesionarios del Paciente, por la presente libero a Publix, y a los empleados y contratistas(incluyendo específicamente, sin limitación, el Proveedor de Vacunas de Publix), así como los agentes y representantes de Publix y sus afiliados y subsidiarios de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de, en conexión con o de alguna manera relacionada con larecepción de la Vacuna por parte del Paciente en la máxima medida permitida por la ley aplicable.

Al proporcionar su número de teléfono móvil o correo electrónico, usted solicita y autoriza expresamente a Publix a enviarle o hacer que le entreguen llamadas y mensajes no cifrados al número o correo electrónico proporcionado, mediante el uso de un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada u otros medios, para todos y cada uno de los fines relacionados con el tratamiento del Paciente,incluidos, entre otros, recetas y recordatorios e información sobre cómo completar la segunda dosis de la vacuna, así como relacionados con el pago, el seguro, la operación y atención médica, mejora de la calidad, utilización, manejo de enfermedades o casos, o para el telemarketing y publicidad, alternativas de atención y otros beneficios, productos y servicios que puedan ser de interés. Entiende que los mensajes de texto y las notificaciones automáticas no son seguros. Si otros interceptan los mensajes o acceden al dispositivo, podrán ver información médicaconfidencial. Usted comprende que no es necesario que acepte como condición la compra de bienes o servicios.

Al firmar a continuación, certifico que he leído, entendido y aceptado todas las declaraciones anteriores y que (a) soy el Paciente, tengo al menos 18 años de edad y no tengo un tutor, o (b) Soy el padre/tutor del paciente con autoridad para dar mi consentimiento y estar de acuerdo en nombre del paciente.

_____ _____ _____

Firma del Paciente o Tutor | Relación con el Paciente | Fecha

Para uso de Publix solamente:

Billing (Select One): Δ Medicare Δ Cash Δ Publix Associate Δ Family Member Δ Other (Specify):_____

Vaccine Administration Record

Vaccine Type	Vaccine			Date Given (mo/day/yr)	Route (IM, SQ)	Site Given (RA, LA)	Vaccine Information Statement	
	Lot #	Expiration	Manufacturer				Date on VIS	Date Given

_____ _____ _____ _____

Printed Name of Pharmacist Administering Vaccine | Pharmacist's Signature | Store # | Drug Protocol # and Physician's Name