

# CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA - VACUNAS INYECTABLES

Vaccine(s) Requested: \_\_\_\_\_

Injection Site: LD RD LPLUA RPLUA

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (\_\_\_\_)  M  F  
Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Dirección permanente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Seguro primario \_\_\_\_\_ Núm. de ID de seguro o de Medicare B \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_  
(Incluya números y letras)

Reconozco que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) tal como se describe en la Hoja de Información de la Vacuna, de la cual se proporciona una copia junto con este consentimiento y renuncia. Confirmando que Safeway Inc., en nombre de sus operaciones de farmacia en todas las divisiones ("Safeway") ha respondido a mi satisfacción todas mis preguntas acerca de la(s) vacuna(s) y el procedimiento de vacunación. Solicito y autorizo a que, como indico a Safeway, se me aplique(n) la(s) vacuna(s) a mí o a la persona nombrada arriba, el cual es un menor para el cual, yo declaro, estoy autorizado a firmar este consentimiento y renuncia. Entiendo que estoy dando permiso a Safeway para divulgar cualquier información médica necesaria a mi médico, Medicare, Medicare HMO, compañía de seguros o registro de vacunación, según corresponda, para permitir a Safeway procesar mi indemnización de seguro con respecto a la vacunación. Yo, para mí (y para el receptor de la vacuna, si el receptor es menor de edad), mis herederos, ejecutores y cesionarios, por la presente libero a Safeway y a sus divisiones y filiales y sus respectivos funcionarios, directores, empleados, agentes y representantes de cualquier reclamación que surja de o en relación con la calidad de la(s) vacuna(s) antes descrita(s) conforme a lo dispuesto por el fabricante y cualquier negligencia de Safeway en relación con la inyección de la(s) vacuna(s) relacionada. Entiendo que las leyes de mi estado pueden afectar mis recursos en relación a esta(s) vacuna(s).

**X**

Firma de la persona que recibirá la(s) vacuna(s)/padre o tutor del menor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del padre o tutor con letra de molde/teléfono \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla  autorizo a un estudiante de farmacia entrenado en vacunación a que administre la(s) vacunas(s)

Al marcar esta casilla  reconozco que me ha informado que debía permanecer en el área de observación de 15 minutos después de la vacunación, sin embargo yo estoy rechazando que esperar.

Al marcar esta casilla  Reconozco que se me ha aconsejado sobre los posibles efectos secundarios después de la vacunación, cuando pueden producirse, y cuándo y dónde debo buscar tratamiento.

Conteste las siguientes preguntas marcando las casillas. Si la pregunta no es clara, pregunte al farmacéutico.

	Sí	No	No sé
<b>Historial de vacunación</b>			
1 Todos los pacientes: ¿Hace cuánto que recibió su última vacuna de TÉTANO?		____ años	<input type="checkbox"/>
2 Marque todo lo que le sea pertinente: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> 65 años o más Si marcó alguna de las casillas anteriores, ¿recibió la vacuna contra la neumonía? En caso afirmativo, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pacientes de 60 años o mayores: ¿Recibió alguna vez la vacuna contra la culebrilla (conocida en inglés como SHINGLES)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Todas</b>			
4 ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Tiene una alergia grave a algún medicamento o alimento? (Ejemplo: huevos, gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina). En caso afirmativo, indíquelos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se desmayó después de recibir alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿Tiene sensibilidad al látex? (Ejemplo: guantes o vendas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Para las mujeres: ¿está embarazada o planea quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tdap</b>			
9 ¿Tiene un trastorno convulsivo o del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>vivas</b>			
10 ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH, herpes zóster activo o cualquier otro problema del sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ¿Toma prednisona, esteroides orales, drogas anti cáncer o antivirales o medicamentos que afectan el sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Durante el año pasado, ¿recibió alguna transfusión de sangre o sus derivados, le dieron un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma), o recibió terapia con radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-----BELOW LINE FOR PHARMACY USE ONLY-----

Check Box to Confirm Patient Identity Verified

Check Box to Confirm Vaccine / Drug to be administered Verified

Vaccine	Lot# of Vaccine	Exp Date	Manufacturer	Dosage	Site of Injection	Time	VIS Date
Influenza (Seasonal)				0.5mL	IM L / R Deltoid		July 2015
Fluzone HD® (≥65 yrs)			Sanofi	0.5mL	IM L / R Deltoid		July 2015

Signature of Pharmacist: \_\_\_\_\_ RPh \_\_\_\_\_ Intern Initials \_\_\_\_\_ Date VIS provided to patient: \_\_\_\_\_

Date / Time Faxed to MD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_ Counseling: Accepted \_\_\_\_\_ Declined \_\_\_\_\_