



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

<input type="checkbox"/> RPh/Tech Name: _____	(Internal/Off Site Clinic Information)
<input type="checkbox"/> Phone/Fax Date: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Phone/Fax Time: ____AM/PM	
<input type="checkbox"/> Registry Date: ____/____/____	

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:			
Número de teléfono de casa: () -	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Peso:	Género:	Etnia:
Dirección de casa:	Ciudad:			Estado:	Código postal:
Proveedor de atención primaria:	Dirección del proveedor:			Número de teléfono/fax del proveedor:	
Compañía aseguradora:	Número de identificación del miembro:			Número de grupo:	

QUIERO VACUNARME CONTRA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (POR FAVOR, MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA): GRIPA
 HEPATITIS A HEPATITIS B VPH SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (MMR)* MENINGITIS NEUMONÍA HERPES ZÓSTER (Culebrilla)
 TÉTANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA VARICELA* OTRA (ESPECIFIQUE): _____

Por favor, responda a las siguientes preguntas, de modo que podamos evaluar la seguridad y la conveniencia de la vacuna:		Sí	No
TODAS LAS VACUNAS	1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas hoy? Fiebre, tos, falta de aire, fatiga, dolor muscular o corporal, dolor de cabeza, pérdida reciente del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o goteo nasal, náuseas o vómitos, diarrea		
	2. En los últimos 14 días, ¿ha tenido fiebre, ha estado expuesto a alguien con COVID-19 o se ha confirmado que usted lo tiene, independientemente de si tiene síntomas o no?		
	3. Durante el año pasado, ¿fue a que su proveedor de atención primaria le practicara un examen físico?		
	4. ¿Es alérgico a medicamentos, alimentos (p. ej., huevos), látex o a algún componente de la vacuna (p. ej., gelatina, neomicina, polimixina, levadura, timerosal, etc.)? Si la respuesta es sí, por favor especifique a qué: _____		
	5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave después de vacunarse: inflamación, dificultad para respirar, convulsiones?		
	6. ¿Alguna vez ha recibido la misma vacuna que se le va a administrar hoy?		
	7. ¿Ha tenido convulsiones, Síndrome de Guillain-Barré o cualquier otro trastorno neurológico?		
	8. ¿Ha recibido algún tipo de vacuna en los últimos 28 días? Si la respuesta es sí, por favor especifique cuál y en qué fecha:		
	9. Para las mujeres: ¿Está embarazada, en período de lactancia o planea quedar embarazada el próximo mes?		
*VACUNAS VIVAS	10. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario o ha recibido un trasplante de órganos?		
	11. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debiliten el sistema inmunitario, como medicamentos contra el cáncer, o ha recibido dosis altas de esteroides, quimioterapia, terapia inyectable para la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis (p. ej., Humira, Enbrel) o tratamientos de radiación? Si la respuesta es sí, especifique cuál, la dosis y la fecha de la última vez que lo tomó o fue tratado: _____		
	12. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, inmunoglobulinas (gamma) o un medicamento antiviral? Si la respuesta es sí, especifique cuál, la dosis y la fecha de la última vez que lo recibió: _____		

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica de The Kroger Co., sus afiliados y subsidiarios administren la(s) vacuna(s) que he solicitado. Comprendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) administrada(s) y he recibido, leído y/o me han explicado la Declaración de Información de Vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) de los CDC sobre la(s) vacuna(s) que he optado por recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Al igual que con todos los tratamientos médicos, no hay ninguna garantía de que no sufra una reacción adversa por la administración de la vacuna. Comprendo que la información contenida en este formulario puede ser compartida con la División de Salud Estatal (SDH, por sus siglas en inglés) y/o los registros de inmunización estatales, y que se mantendrá confidencial y no podrá divulgarse a no ser que la ley lo exija o permita. De ser elegible, autorizo a Kroger a enviar una solicitud de reembolso en mi nombre a Medicare o cualquier otro tercero pagador contratado. Si el reclamo es denegado, entiendo que soy responsable del pago. Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas. **Adicionalmente, me comprometo a permanecer cerca del sitio de vacunación por 15-20 minutos aproximadamente luego de la administración de la vacuna para estar bajo observación del Proveedor de Atención Primaria.**

X _____ **Fecha:** _____
(FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS) (PARA TUTORES LEGALES SOLAMENTE: ESCRIBA SU NOMBRE Y PARENTESCO)

*** FOR INTERNAL USE ONLY ***

REQUIRED: obtained verbal consent to treat prior to administration

Vaccine Name: _____ Manufacturer: _____ Dose: _____ Series #: _____ of _____ Vaccine Lot #: _____ Vaccine Exp. Date: _____ Diluent Lot #/Exp. Date: _____	Vaccine Name: _____ Manufacturer: _____ Dose: _____ Series #: _____ of _____ Vaccine Lot #: _____ Vaccine Exp. Date: _____ Diluent Lot #/Exp. Date: _____	Vaccine Name: _____ Manufacturer: _____ Dose: _____ Series #: _____ of _____ Vaccine Lot #: _____ Vaccine Exp. Date: _____ Diluent Lot #/Exp. Date: _____
Injection Site: LEFT/RIGHT; ARM/THIGH Route: IM or SubQ VIS Given: ____/____/____ Version Date: ____/____/____	Injection Site: LEFT/RIGHT; ARM/THIGH Route: IM or SubQ VIS Given: ____/____/____ Version Date: ____/____/____	Injection Site: LEFT/RIGHT; ARM/THIGH Route: IM or SubQ VIS Given: ____/____/____ Version Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> REQUIRED: counseled patient to remain near location for 15-20 min		Supervising RPh/Lic#: _____ (if required)
Immunizer: _____		Date Administered: ____/____/____ Time: ____AM/PM

Aviso de confidencialidad: La información contenida en este mensaje puede ser de carácter privado o confidencial y estar protegida contra la divulgación no autorizada. Si la persona que está leyendo este mensaje no es a quien va dirigido o un empleado o agente a cargo de hacer llegar este mensaje a su destinatario, por este medio le notificamos que cualquier difusión, distribución o reproducción de este mensaje está estrictamente prohibida. Si usted recibió este mensaje por error, por favor notifíquenos inmediatamente respondiendo a este mensaje y luego bórralo.