Pharmacy

HOJA 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 de Médico_____ ¿Cuales vacunas quiere recibir hoy? Seleccione las vacunas para la administración. Restricciones pueden aplicar.

- ☐ Influenza(Flu)
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Hepatitis Combo (A & B)
- ☐ Meningocócica
- ☐ Sarampión/Paperas/Rubéola
- ☐ Neumocócica
- ☐ Tétanos /Tdap
- ☐ Culebrilla (Shingles)
- ☐ Virus del papiloma humano
- ☐ Otras_____

	Precauciones y Contraindicaciones: Favor de marcar SÍ o NO para cada pregunta.	**SÍ**	**NO**
	1.¿Tiene un resfriado, fiebre o una enfermedad aguda?		
	2.¿Es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? **Indique cuál:**_____		
	3.¿Es alérgico a los huevos de gallina o productos que contengan huevo?		
	4.¿Es alérgico al Timerosal (productos de limpieza o solución para lentes de contacto)?		
	5.¿Ha tenido alguna vez una reacción seria después de ponerse una vacuna?		
	6.¿Ha sido diagnosticado alguna vez con el síndrome de Guillain-Barré? *(para meningococo)*		
	7.¿Tiene algún problema epiléptico, cerebral o neural? (*para la tos ferina*)		
Para Vacunas Activas Solamente	8.¿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?		
	9.¿Vive usted o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico esté seriamente comprometido y necesite estar en aislamiento seguro?		
	10.Durante el pasado año, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre o derivados, o un medicamento llamado gamma globulina?		
	11.Si es mujer: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes?		
	12.En las pasadas 4 semanas, ¿se ha vacunado?		
	13.Para Vacuna Intranasal contra la Influenza: ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo como enfermedades del corazón, pulmones, riñones, hígado, metabólicas (ej. diabetes), asma, anemia u otro trastorno sanguíneo?		
	Si su respuesta es "SÍ" a cualquiera de las preguntas, debe de hablar con el farmacéutico antes de vacunarse.		

Yo, voluntariamente, solicito y accedo a que un farmacéutico, empleado por Publix Super Markets, Inc. ("Publix"), me administre la(s) siguiente(s) vacuna(s) ("Vacuna") seleccionado arriba. Acepto que Publix me ha provisto una copia de la Hoja de Información Sobre Vacunas, incluyendo información sobre posibles reacciones adversas que pudiera experimentar, como resultado de recibir la Vacuna, y que he leído cuidadosamente y entiendo la Hoja de Información Sobre Vacunas. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas al farmacéu ico de Publix sobre la Vacuna u otra información de la Hoja de Información Sobre Vacunas y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. He contestado honradamente todas las preguntas relacionadas a mi historial de salud que se mencionan arriba. Entiendo que si he respondido con un "Sí" a alguna pregunta, existe una posibilidad alta de que experimente alguna reacción adversa a causa de la administración de la Vacuna. Después de considerarlo cuidadosamente, creo que los beneficios de recibir la Vacuna sobrepasan los riesgos asociados con recibir la Vacuna, y he decidido que el farmacéutico de Publix me administre la Vacuna. De ser aplicable, autorizo a Publix a enviar la reclamación de este servicio médico a la compañía de mi plan médico y autorizo una asignación de mis beneficios médicos bajo esta reclamación a Publix. Seré responsable financieramente de cualquier copago, seguro compartido y deducible por los servicios solicitados, al igual que cualquier servicio que no esté cubierto por mis beneficios médicos. Esta autorización incluye divulgaciones a las agencias regulatorias, Medicare, Medicaid, planes médicos, gerentes de beneficios farmacéuticos, procesadores de reclamaciones, compañías de facturación, intérpretes y otras personas envueltas en mi tratamiento, así como cualquier registro de inmunización del estado. Publix no deberá, en ningún momento, o hasta cierto punto permitido por la ley y de ninguna manera, ser responsable por cualquier pérdida, lesión, muerte o daños sufridos o sostenidos por mí u otra persona, en cualquier momento en conexión con, o como resultado de, la administración de la Vacuna a mí por algún farmacéutico de Publix. Yo, por mí, mis herederos, ejecutores, representantes personales y asignados, por la presente liberamos a Publix, sus empleados y contratistas, específicamente el farmacéutico administrador, sus agentes o representantes de cualquier y toda reclamación que resulte a raíz de, o en conexión con, o esté de alguna manera relacionada con yo haber recibido la Vacuna de parte de Publix como sea permitido por las leyes aplicables. Al firmar a continuación, certifico que yo soy el paciente o el guardián/representante personal del paciente, firmando a nombre del paciente, y que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las declaraciones en esta hoja.

_____ _____ _____

Firma del Paciente o Guardián Legal | Relación con el Paciente (si no es el paciente) | Fecha

Para Uso de Publix Solamente:

Billing (select one):____Medicare_____Cash_____Publix Associate_____Family Member_____Other (Specify:_____)

Vaccine Administration Record

Vaccine Type	Dose	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 | Title | Pharmacist License #

_____ _____

Pharmacy Address | City, State, Zip

_____

Pharmacy Phone #

_____ _____

Pharmacist's Signature | Drug Protocol # and Physician's Name