

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN- SOUTH CAROLINA

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: _____ Nombre y teléfono del contacto de emergencia: _____

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

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

| Precauciones y Contraindicaciones: Favor de marcar SÍ o NO para cada pregunta. | | SÍ | NO |
|--|--|-----------|-----------|
| Para Vacunas Inactivas y Activas | Para la vacuna de la Influenza: ¿Tiene 12 años de edad o más? | | |
| | ¿Tiene 18 años de edad o más? (Algunas vacunas pueden estar restringidas por la edad. Consulte al farmacéutico.) | | |
| | ¿Está enfermo hoy? <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es Sí, conteste las siguientes preguntas: • ¿Tiene usted fiebre? SI ___ NO ___ • ¿Tiene usted tos? SI ___ NO ___ • ¿Tiene usted diarrea? SI ___ NO ___ • ¿Ha estado usted vomitando? SI ___ NO ___ | | |
| | ¿Es alérgico a algún medicamento, latex, comida o vacuna? Indique cuál: _____ | | |
| | ¿Es alérgico a los huevos de gallina o productos que contengan huevo? | | |
| | ¿Es alérgico al Timerosal (productos de limpieza o solución para lentes de contacto)? | | |
| | ¿Ha tenido alguna vez una reacción seria después de recibir una vacuna? | | |
| | ¿Ha sido diagnosticado alguna vez con el síndrome de Guillain-Barré? | | |
| Para Vacunas Activas Solamente | ¿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? | | |
| | ¿Está actualmente tomando dosis altas de esteroides (prednisona >20mg/day o equivalente) por más de 2 semanas? | | |
| | ¿Está actualmente recibiendo infusiones en el hogar o inyecciones semanalmente (tales como Remicade, Humira, Enbrel, Cimzia, Simponi, Simponi Aria, Xeljanz, Orencia, Arava, Actemra, Cytoxan, Rituxan, adalimumab, infliximab o etanercept), dosis altas de methotrexate, azathioprine o 6-mercaptopurine, antivirales, tratamiento contra el cáncer o tratamientos de radiación? | | |
| | ¿Vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico esté seriamente comprometido y necesite estar en aislamiento seguro? | | |
| | Durante el pasado año, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre o derivados, o un medicamento llamado gamma globulina? | | |
| | Si es mujer: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes? | | |
| | En las pasadas 4 semanas, ¿se ha vacunado? | | |
| | 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? | | |
| | Para Vacuna Intranasal contra la Influenza: ¿Ha tenido alguna vez una reacción seria después de recibir la vacuna intranasal contra la influenza (<i>FluMist</i>)? | | |
| | Para Vacuna Intranasal contra la Influenza: ¿Es mayor de 49 años? | | |
| Para Vacuna Intranasal contra la Influenza: ¿Está recibiendo medicamentos antivirales? | | | |
| Si su respuesta es "SÍ" a cualquiera de las preguntas, debe de hablar con el farmacéutico antes de vacunarse. | | | |

Para los propósitos de este consentimiento, "yo", "mi", "usted" y "su" 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 para el Paciente, como un padre, un guardián legal o un sustituto autorizado para el cuidado de la salud.

Solicito y doy voluntariamente mi consentimiento para que un Proveedor de Vacunas de Publix suministre la vacuna seleccionada para 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. ("Publix") o un afiliado o subsidiario de Publix.

Entiendo que esta farmacia está proporcionando las vacunas necesarias al Paciente en un entorno seguro y conveniente para promover el cumplimiento de las pautas de inmunización actuales recomendadas por los CDC y ACIP. No reemplaza una relación continua con el proveedor de atención primaria del Paciente para abordar problemas médicos en curso y otros tipos de atención preventiva. Entiendo que Publix está proporcionando al proveedor de atención primaria que figura en la lista del Paciente los registros de las vacunas suministradas aquí para que los registros médicos del Paciente puedan estar completos, pero también me aseguraré de llevar los registros personales del Paciente a la próxima cita del Paciente.

Revise la declaración a continuación confirmando su consentimiento para la vacunación y proporcione la información solicitada.

He leído, o se me ha explicado, la Información sobre la Vacunación, la Autorización de Uso de Emergencia, o la hoja de datos correspondiente a la vacuna. Yo entiendo los riesgos y beneficios, y se me proporcionará la oportunidad de hacer preguntas, que tienen o van a ser contestadas satisfactoriamente antes de la recepción de la vacuna del Paciente. Deseo que el Paciente reciba la vacuna y, por la presente, doy mi consentimiento para que el Proveedor de la Vacuna de Publix suministre la vacuna y comunique la administración de la vacuna al proveedor de atención primaria que figura en la lista del paciente.

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 "Sí", existe una mayor probabilidad de que el Paciente experimente una reacción adversa por la administración de la Vacuna. Después de una cuidadosa consideración, creo que los beneficios de 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 administre la Vacuna al Paciente.

Al permitir que el Proveedor de Vacunas de Publix suministre físicamente 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 por que el Paciente no reciba la Vacuna y no se le cobrará por la cancelación.

He proporcionado información veraz, completa y precisa que identifica el plan de atención médica/coertura 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, su afiliado o subsidiario. 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/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, su afiliado o subsidiario, o que Publix, su afiliado o subsidiario cree o reciba, que Publix razonablemente determine que es necesario para recibir el 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 estatal de inmunizaciones, intercambio de información de salud o base de datos de eventos adversos, o cualquier persona designada para informes de salud pública o coordinación de 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 cualquier pérdida, 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 administración 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, a sus afiliados y subsidiarios, 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 la recepción 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, nos solicita y nos autoriza expresamente a que le enviemos o hagamos que le enviemos 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 su tratamiento, que incluyen, entre otros, recetas y recordatorios e información sobre cómo completar la segunda dosis de la vacuna, así como relacionados con el pago, el seguro, las operaciones de atención médica, la mejora de la calidad, la utilización, manejo de enfermedades o casos, o para 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 médica confidencial. Usted comprende que no es necesario que acepte como condición la compra de bienes o servicios.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Relación con el Paciente

Fecha

For Publix Use only

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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Primary Care Provider Notification

(Required in South Carolina) Staple a copy of the Provider Notification to this hard copy.

| | |
|--------------------------|--|
| Completed | Patient Does Not Have Primary Care Provider |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Printed Name of Pharmacist or Intern Administering Vaccine

Title

Pharmacist or Intern License #

Pharmacy Address

City, State, Zip

Pharmacy Phone #

Signature of Pharmacist Administering Vaccine or
Signature of Pharmacist Supervising Pharmacy Intern

Drug Protocol # and Physician's Name

Adverse Reaction Log

(In addition to this log, Pharmacist or Intern must complete and submit VAERS report)

| |
|--|
| Date and Time of Adverse Reaction: |
| Describe Adverse Reaction of the Vaccine(s): (e.g. shortness of breath, angioedema, chest pain, syncope, rash, etc.) |
| Describe Interventions (include medications and dosage, CPR, etc. for Adverse Reaction: |
| Disposition: (home, EMS, etc.) |

Signature of Pharmacy Intern (if applicable)

Signature of Pharmacist or Pharmacist Supervising Pharmacy Intern

Date

Place a copy of the prescription label here: