



Por favor elija vacuna:

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Flu       | <input type="checkbox"/> Tdap        |
| <input type="checkbox"/> COVID-19  | <input type="checkbox"/> HPV         |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Hep B       |
| <input type="checkbox"/> Shingles  | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Raza	Origen Etnico
Teléfono móvil	Fecha de Nacimiento	la edad	Género	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Negro/ <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano
Dirección de casa	Ciudad, Estado, Código postal			
Nombre del doctor	Teléfono del Doctor			
Alergias	Número de Medicare (si le aplica)	Licencia de conducir o número de seguridad social		

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para vacunarse hoy.

	Sí	No	No Se
1. ¿Tiene fiebre o está enfermo hoy?			
2. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días: fiebre, tos inusual, falta de aire inusual?			
3. ¿Le han diagnosticado COVID-19 a usted o a un contacto del hogar en los últimos 14 días?			
4. ¿Es alérgico a medicamentos, alimentos (por ejemplo, huevos), látex o algún componente de una vacuna (por ejemplo, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol o timerosal)? En caso afirmativo, nombre sus alergias.			
5. ¿Recibió alguna vacuna o prueba cutánea en los últimos 28 días? En caso afirmativo, indique la vacunación (si COVID). _____			
6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna contra la influenza o cualquier otra vacuna en el pasado?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo por el que está tomando medicamentos anticonvulsivos, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré (una condición que causa parálisis) o otro problema del sistema nervioso?			
8. ¿Tiene 65 años o más?			
9. ¿Fumas?			
10. ¿Tiene una enfermedad crónica o un problema de salud de largo plazo? En caso afirmativo, marque con un círculo todos los que tenga. Anemia Asma Diabetes Enfermedad cardíaca Enfermedad renal Enfermedad hepática Enfermedad pulmonar cancer Otro			
11. Si respondió Sí a las preguntas # 8, 9 o 10, ¿alguna vez se ha vacunado contra la neumonía?			
12. ¿Alguna vez se ha vacunado contra el herpes zóster (solo para pacientes de 50 años o mayores)?			
13. Para las mujeres: ¿Está embarazada, en período de lactancia o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?			
14. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, psoriasis? o ha tenido tratamientos de radiación?			
15. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, HIV / AIDS o cualquier otro trastorno del sistema inmunológico o está en contacto con alguien que tenga un sistema inmunológico gravemente debilitado?			
16. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han dado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año?			
17. ¿Está recibiendo terapia con aspirina o terapia que contiene aspirina? (Solo para menores de 18 años)			

Solicito que me administren la(s) vacuna(s) marcada(s) arriba mí o a la persona nombrada a continuación por quien estoy autorizado a tomar esta decisión.

Acepto quedarme en la clínica durante al menos 15 minutos después de recibir mi vacuna. He leído o me han explicado información sobre esta vacuna según lo exige la ley. Entiendo los beneficios y riesgos asociados con la vacuna y elijo asumir el riesgo. Al igual que con todo tratamiento médico, me doy cuenta de que no hay garantía de que no experimente un efecto secundario adverso de la vacuna. Yo entiendo y reconozco que la vacuna puede ser administrada por un estudiante de enfermería o de farmacia. Además, por la presente libero y libero al Dr. James Rick Martin y Brookshire Brothers, Inc., sus afiliados y funcionarios, miembros de la junta y empleados de toda responsabilidad por enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda resultar de esta vacuna. Comunicaré la información proporcionada hoy a mi médico de atención primaria si tengo uno. Pacientes de la Parte B de Medicare: Autorizo a Brookshire Brothers y Omnisys a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago de Medicare es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para actuar sobre esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a Omnisys como mi proveedor de la Parte B de Medicare.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor, si es menor de edad)

Pharmacy Use Only

Vaccine	Lot#	Expiration Date	Manufacturer	Dose (mL)	Route	Site	VIS Date

Immunizer Name & Title

Immunizer Signature

Date Administered

Store # \_\_\_\_\_ Texas: Fax (within 24 hrs) to Dr. Martin at (936) 634-1406 or (866) 482-4043 & to the patient's PCP as listed above within 14 days.  
 \*If patient is a minor (under 18), fax completed form and Immtrac Consent form to Rebekah Modisette at (281) 432-8201.

1<sup>st</sup> Dose  2<sup>nd</sup> Dose  3<sup>rd</sup> Dose  Booster Louisiana: Fax to the patient's PCP and enter information directly into LINKS within 24 hours.

Primary Series Completed: \_\_\_\_\_