Brookshire Brothers PHARMACY

Vaccine Administration Consent Form

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Teléfono movíl _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____

Raza
- ☐ Blanco
- ☐ Negro/ Afroamericano
- ☐ Asiática
- ☐ Indio Americano o Nativa de Alaska
- ☐ Nativo Hawaiano

Origen Etnico
- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

Direccion de casa _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Nombre del doctor _____ Telefono del Doctor _____

Alergias _____ Numero de Medicare (si le aplica) _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para vacunarse hoy.	Sí	No	No Se
1. ¿Tiene fiebre o esta 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. _____			
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 condicion 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 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?			
VACUNAS VIVAS 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, VIH / SIDA 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)_____ a 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. 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 enfermeria 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 Allwin 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 Allwin 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.
Louisiana: Fax to the patient's PCP and enter information directly into LINKS within 24 hours.