

Registro de Administración de Vacunas (RAV) fuera del centro de salud
Consentimiento informado de vacunación*



Indicar la edad del paciente si éste solicita la vacuna antigripal: <input type="checkbox"/> Menor de 65 años (Fluvirin, Flucelvax y Fluarix) <input type="checkbox"/> 65 años o más (Fluad, Fluzone HD o cualquiera de las indicadas arriba)	FACTURACIÓN DEL GRUPO PARA VACUNACIÓN FUERA DEL CENTRO DE SALUD:	Nº de la tienda: 7219 Dirección de la tienda: 8265 CHAMPIONS GATE BLVD, CHAMPIONS GATE, FL 33896 Nº de receta médica: _____
---	---	--

SECCIÓN A (Por favor escriba en letra de imprenta)

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Mujer Hombre Teléfono: _____

Dirección del domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Email: _____

Walgreens enviará a su médico / proveedor de atención primaria la información sobre vacunación correspondiente a esta visita mediante la información de contacto provista a continuación.

¿Le han realizado un examen físico durante el año pasado? Sí No No sé

Nombre del médico / proveedor de atención primaria: _____ Nº de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Solicito la siguiente vacuna: _____

SECCIÓN B Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy.

Todas las vacunas

1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
2. ¿Tiene algún problema de salud como cardiopatía, diabetes o asma? Si la respuesta es "sí", por favor enumere sus condiciones de salud: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
3. ¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas? (Por ejemplo: huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimicina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)? Si la respuesta es "sí", por favor enumere sus alergias: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
4. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción después de recibir una vacuna, incluyendo desmayos o sensación de mareo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
5. ¿Alguna vez ha tenido trastornos convulsivos que requieran algún medicamento, trastornos cerebrales, el síndrome de Guillain-Barré (un padecimiento que causa parálisis) u otros problemas del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
6. Para mujeres: ¿Está embarazada o cree que va a estar embarazada para el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

Vacunas vivas (varicela, spray nasal contra la gripe, MMR® II, fiebre tifoidea oral, culebrilla, fiebre amarilla)
Responder a estas preguntas solo si va usted a recibir alguna de las vacunas mencionadas anteriormente.

7. ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es "sí", por favor enumérelas: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
8. ¿Tiene algún problema de salud relacionado con el sistema inmunológico (v.gr.: cáncer, leucemia, linfoma, VIH / SIDA, trasplante)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
9. ¿Actualmente recibe infusiones en el domicilio, inyecciones semanales como Humira® (adalimumab), Remicade® (infliximab) y Enbrel® (etanercept), dosis altas de metotrexato, azatioprina o 6-mercaptopurina, antivirales, medicamentos anticancerosos o tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
10. ¿Actualmente ha recibido terapia con alta dosis de esteroides (prednisona > 20mg/por día o algún equivalente) durante más de dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
11. ¿Durante el año pasado recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamaglobulina)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
12. ¿Ha padecido trastornos del timo (incluyendo miastenia gravis, el síndrome de DiGeorge o timoma) o le han extirpado el timo? (solo para la vacuna contra la fiebre amarilla)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
13. ¿Actualmente está tomando antibióticos o medicamentos antipalúdicos? (solo para la vacuna oral contra la fiebre tifoidea)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
14. ¿Tiene antecedentes de padecer trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (solo para MMR® II)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

Spray nasal contra la gripe (FluMist® Quadrivalent)

15. ¿Está recibiendo terapia de aspirina o terapia que contenga aspirina? (solo para pacientes menores de 18 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
16. ¿Tiene alguna afección nasal suficientemente seria que le dificulte respirar, como una nariz muy tapada? (solo para FluMist®)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

*Los proveedores de salud pueden ser farmacéuticos certificados en vacunación o profesionales de enfermería titulados, profesionales de enfermería certificados en práctica médica, auxiliares de enfermería, enfermeros practicantes o auxiliares médicos. Los servicios de salud al paciente en Walgreens Healthcare Clinic son provistos por Take Care Health Services, una entidad profesional de propiedad independiente, cuyos profesionales de la salud certificados no son empleados ni agentes de Walgreen Co. o sus filiales, incluso Take Care Health Systems, LLC.

Patient name: _____

SECCIÓN C

Por la presente hago constar que soy: (a) el paciente, mayor de 18 años de edad; (b) la madre / el padre / tutor legal del paciente menor de edad; o (c) el tutor legal del paciente. Asimismo, por este medio doy mi consentimiento a los proveedores de servicios de salud de Walgreens, según corresponda (cada uno, un "Proveedor de Aplicación"), para que administren la(s) vacuna(s) que solicito arriba. Tengo entendido que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones a consecuencia de la administración de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la(s) vacuna(s) descrita(s) arriba; he recibido, leído y/o se me ha explicado la Declaración de Información de Vacunación (DIV) sobre la(s) vacuna(s) que he decidido recibir. También reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Además, admito que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar asignado a la vacunación por aproximadamente 15 minutos después de recibir la(s) vacuna(s) para estar bajo la observación del proveedor de servicios de salud que administra la(s) vacuna(s). El suscrito, en mi nombre, y en nombre de mis herederos y representantes personales, por la presente certifico eximir de cualquier responsabilidad y dejar en paz y a salvo al "Proveedor de Aplicación", a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, dirigentes, directores, contratistas y empleados, de toda responsabilidad o queja, ya sea conocida o desconocida, derivada en virtud de y respecto a la administración de la(s) vacuna(s) que se indica(n) arriba. Hago constar que: (a) entiendo los objetivos y beneficios del registro de vacunación ("Registro del Estado") y el intercambio de información de salud de mi estado ("IIS" del Estado); y (b) el "Proveedor de Aplicación" puede divulgar la información de mi vacunación a —o a través de— el IIS del Estado y/o el Registro del Estado para propósitos de información de salud pública o a mis proveedores de servicios de salud inscritos en el Registro del Estado y/o IIS del Estado. El "Proveedor de Aplicación", si así lo dispone la ley de mi estado, me proporcionará la planilla de exclusión voluntaria del Registro ("Opt-Out Form"). Estoy consciente de que, conforme a la ley de mi estado, es requerido que otorgue mi consentimiento específico, salvo que la ley de mi estado disponga lo contrario, con mi firma a continuación; por lo que doy mi autorización al "Proveedor de Aplicación" para que divulgue la información de mi vacunación a —o a través de— el IIS del Estado y/o el Registro del Estado, a las entidades correspondientes y para los fines descritos en este Consentimiento informado de vacunación. A menos que yo proporcione al "Proveedor de Aplicación" la planilla de exclusión aprobada, tengo entendido que mi consentimiento permanecerá en vigor hasta que retire dicho permiso y pueda retirar mi consentimiento al proporcionar al "Proveedor de Aplicación" y/o IIS del Estado, según corresponda, la planilla de exclusión voluntaria del Registro ("Opt-Out Form"). Entiendo que, aunque no otorgue mi consentimiento o aunque retire dicho consentimiento, las leyes de mi estado podrán permitir ciertas revelaciones de la información de mi vacunación a través del IIS del Estado y/o el Registro del Estado, según corresponda. Doy mi autorización al "Proveedor de Aplicación" para (a) poner a disposición de la escuela a la cual asisto, o la escuela donde asiste o asistirá mi hijo(a) o menor emancipado para quien estoy autorizado a actuar como tutor o adulto responsable en lugar de los padres) la prueba de vacunación de mi hijo(a) (o menor emancipado para quien estoy autorizado a actuar como tutor o adulto responsable en lugar de los padres). Asimismo, doy mi autorización al "Proveedor de Aplicación" para que (a) de a conocer mi información médica u otra información pertinente, incluso información sobre mis enfermedades transmisibles (como VIH), salud mental y abuso de drogas / alcohol a —o a través de— el IIS del Estado, los profesionales encargados de los cuidados de mi salud, Medicare, Medicaid o terceros pagadores requeridos para efectuar cuidados o pagos, (b) presentar una reclamación de gastos a mi compañía de seguros por concepto de los productos y servicios arriba solicitados, y (c) solicitar que los pagos correspondientes a beneficios autorizados en mi nombre por los productos y servicios arriba solicitados se hagan al "Proveedor de Aplicación" por concepto de los productos y servicios arriba requeridos. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera completa por cualquier copago, coaseguro y deducible incurrido por los productos y servicios solicitados, así como por otros productos y servicios cuyo costo no esté incluido en la cubierta de mi plan de salud. Tengo entendido que es mi responsabilidad hacer los pagos a los que estoy obligado al momento de recibir dichos productos y servicios; en caso de que el "Proveedor de Aplicación" remita las facturas correspondientes con fecha posterior a la realización de los servicios, dichas facturas son pagaderas al momento de recibirlas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(Madre / Padre / Tutor legal si el paciente es menor de edad)

SECTION D HEALTHCARE PROVIDER ONLY

Complete BEFORE vaccine administration

- 1. I have reviewed the **Patient Information** and **Screening Questions**. Initial here: _____
- 2. This is the **Vaccine Requested** by the patient. Initial here: _____
- 3. This vaccine is appropriate for this patient based on the **Age Guidelines** provided by federal and/or state regulations and company policies. Initial here: _____
- 3a. Does this patient have a high-risk medical condition? Yes No
If yes, please list medical condition(s): _____
- 4. The **Vaccine NDC Matches** the NDC on the bottom of this VAR form and the NDC on the patient leaflet. (Perform **3-way NDC match**.) Initial here: _____
- 5. I have verified the **Expiration Date** is greater than today's date and have entered the **Lot # and Expiration Date** in the field below. Initial here: _____

Lot #: _____ **Expiration Date:** _____

Note: For Zostavax®, MMR® II, Varivax®, YF-Vax®, Menveo®, Imovax® and Rabavert®, ensure the vaccine is reconstituted following the package insert's instructions.

SECTION E

Complete DURING the Patient Interaction

- 1. I have asked the patient to confirm their **Name, DOB and Requested Vaccine** and verified it matches the information on the VAR form. Initial here: _____
- 2. I have reviewed the **Screening Questions** with the patient. Initial here: _____
- 3. I have reviewed the **VIS** with the patient. Initial here: _____

SECTION F

Complete AFTER vaccine administration

Vaccine	NDC	Manufacturer	Dosage	Site of administration	VIS published date

Clinician's name (print): _____ Clinician's signature: _____ Title: _____

If applicable, intern name (print): _____ Administration date: _____ Date VIS given to patient: _____

Notes

Reminder:

- 1. Update the patient's record with any new allergy, health condition or primary care provider information.
- 2. Enter vaccine lot #, expiration date and site of administration, then scan the VAR form into the patient's record.