



N.º de tienda \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

N.º de receta \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Consentimiento de la vacuna inactivada e informe de administración

### Información del paciente:

Apellido _____	Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección _____	Ciudad, estado, código postal _____	Teléfono _____
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP) _____	N.º de teléfono del PCP _____	
Dirección del PCP _____	Ciudad, estado, código postal _____	N.º de fax del PCP _____

### Preguntas sobre la evaluación:

	SÍ	NO	NO SÉ
1. Actualmente, ¿está enfermo? (Por ejemplo: un resfrío, fiebre o una enfermedad grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico o tiene reacciones alérgicas a algún alimento, medicamento, vacunas o al látex? (Por ejemplo: huevos, gelatina, neomicina, tiomersal, etc.) Lista _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma medicación de anticoagulación? (Por ejemplo: warfarina, coumadin u otros anticoagulantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo relacionado con enfermedades del corazón, pulmones, asma, riñones, metabólicas (por ejemplo, diabetes), anemia u otra enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para mujeres: ¿Está embarazada o amamantando? ¿Podría quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS:** Me brindaron la hoja de información de la vacuna que corresponde a las vacunas que recibo. He leído o me han explicado la información sobre la vacuna que recibiré. He tenido la posibilidad de hacer preguntas que se respondieron satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y asumo, de forma voluntaria, toda la responsabilidad de cualquier tipo de reacción que pueda aparecer. Solicito que la vacuna se entregue a mí o a la persona que figura anteriormente, a quien autoricé para hacer este pedido.

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL PAGO:** Por la presente, autorizo a CVS Pharmacy® ("CVS®") a divulgar información y a solicitar el pago. Certifico que la información que brindé en la solicitud de pago de Medicare o Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para atender esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre.

**DIVULGACIÓN DE REGISTROS:** Entiendo que se le puede solicitar a CVS® que divulgue la información de mi salud, o que puede hacerlo voluntariamente al médico responsable de este protocolo de la información de salud específica de las personas vacunadas en CVS (si corresponde), a mi médico de atención primaria (si tuviera uno), al plan de seguro, a los sistemas de salud y hospitales o registros federales o estatales para fines del tratamiento, pago u otras operaciones del cuidado de la salud (como la administración o garantía de calidad). También entiendo que CVS usará y divulgará mi información de salud como se establece en la Notificación de Prácticas de Privacidad de CVS (la copia está disponible en la tienda, en línea o si solicita una copia en papel en la farmacia).

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente para recibir la vacuna o de la persona autorizada para solicitarla (padre/madre o tutor legal)

### Información sobre la administración de la vacuna:

Fecha de la administración _____	Vacuna _____	Fabricante _____
Lote n.º _____	Fecha de vencimiento _____	Ruta _____ Sitio _____
Volumen (ml) _____	Fecha de revisión de DIV _____	Fecha de DIV del paciente _____
Nombre y cargo de la persona que administra la vacuna _____		Firma de la persona que administra la vacuna _____

#### PATIENT INSURANCE INFORMATION:

##### Primary:

Plan \_\_\_\_\_ BIN#/  
 Name: \_\_\_\_\_ Condor: \_\_\_\_\_  
 ID#: \_\_\_\_\_ Group: \_\_\_\_\_

Affix Rx Label Here