

Formulario de consentimiento de la vacuna y cuestionario de selección de la farmacia ShopRite

* INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LA PERSONA VACUNADA (EN LETRA DE IMPRENTA CLARA) – EL VACUNADO O EL TUTOR LEGAL DEBEN FIRMAR EN DONDE SE INDICA

NOMBRE (Apellido)*		(Nombre)*	(Inicial del segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO* ____/____/____ MES / DÍA / AÑO
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL*				SEXO* ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
CIUDAD*	ESTADO*		CÓDIGO POSTAL*	
TELÉFONO*	CORREO ELECTRÓNICO		ALERGIAS A FÁRMACOS*	
MÉDICO DE CABECERA DEL VACUNADO		DIRECCIÓN DEL MÉDICO E INFORMACIÓN DE CONTACTO		DOCUMENTACIÓN DE CONTACTO CON EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE (CUANDO CORRESPONDA)
ETNIA*: ☐ HISPANO/LATINO ☐ NO HISPANO/NO LATINO ☐ DESCONOCIDA		RAZA*: ☐ INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ ASIÁTICO ☐ NEGRO O AFROAMERICANO ☐ NATIVO DE HAWÁI U OTRA ISLA DEL PACÍFICO ☐ OTRA RAZA ☐ DESCONOCIDA ☐ BLANCO		

PREGUNTAS DE SELECCIÓN	SI	NO
¿Está actualmente enfermo o está cuidando a alguien que está enfermo? ¿Tuvo fiebre por superior a 100.4 °F (38 °C) dentro de las últimas 72 horas, o tuvo náuseas, diarrea o vómitos hoy?		
¿Es alérgico a lo siguiente: huevos, levadura de panadería, conservantes, sulfitos, timerosal, estreptomicina, neomicina, arginina, gelatina o látex?		
¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a alguna vacuna?		
¿Usted, alguien de su hogar o alguien a quien cuida, recibe tratamiento con quimioterapia o radiación para el cáncer o la leucemia? ¿Tiene VIH/SIDA o algún trastorno por inmunodeficiencia?		
¿Ha recibido globulina inmunitaria (gamma), una transfusión de sangre, hemoderivados, plasma o un fármaco antiviral durante el año pasado?		
¿Ha tenido síndrome de Guillain-Barré, una afección que causa parálisis?		
¿Está recibiendo algún medicamento anticoagulante (es decir, aspirina, warfarina, etc.)?		
¿Recibió alguna vacuna recientemente? ¿Qué vacuna y cuándo?		
¿Tiene alguna afección médica como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), anemia u otra enfermedad sanguínea?		
¿Recibió anticuerpos monoclonales o plasma de convalecientes como parte de un tratamiento contra la COVID-19 en los últimos 90 días?		
Solo para mujeres: ¿Está embarazada, planea quedar embarazada o está amamantando? <i>AVISO: La vacunación contra la COVID-19 se recomienda para personas que están embarazadas o amamantando. Las recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC) coinciden con las de las organizaciones médicas profesionales que atienden a personas embarazadas, incluido el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, y la Sociedad de Medicina Materno Fetal. Referencia: Documentos de guía de los CDC sobre el embarazo y la COVID-19</i>		
¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Falta de aire, tos, escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida del gusto u olfato		
En los últimos 10 días, ¿se realizó una prueba de detección de COVID-19, o bien, algún proveedor de atención médica o Departamento de Salud le indicaron aislarse o quedarse en cuarentena en su casa debido a una infección por COVID-19 o exposición a esta?		
* PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 EN NIÑOS: ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis? Si es así, ¿cuándo?		
* PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 EN NIÑOS: ¿Tiene algún antecedente de síndrome inflamatorio multisistémico (Multisystem Inflammatory Syndrome, MIS-C)? Si es así, ¿cuándo?		
<i>Esta valoración tiene el propósito de ser utilizada como (1) una herramienta de evaluación antes de la administración de los servicios de vacunación y (2) una declaración de cierta información importante adicional a la divulgada en el formulario de consentimiento. Esta no es una herramienta de diagnóstico para determinar la COVID-19. Todos los pacientes con casos sospechosos de COVID-19 deben seguir las pautas de su médico y del CDC, y evitar vacunarse hasta que un profesional médico se lo indique. Las preguntas adicionales contenidas en este documento se incluyen para posibilitar una mayor evaluación para la administración de la vacuna contra la COVID. PRECAUCIONES: El CDC recomienda un período de observación luego de la aplicación de cualquier vacuna. Las personas con antecedentes de reacción alérgica inmediata ante una vacuna/terapia inyectable de cualquier gravedad o las personas con antecedentes de anafilaxis debido a cualquier causa se deben observar durante 30 minutos. Todas las demás personas se deben observar durante 15 minutos.</i>		

PHARMACY USE ONLY								
ADMINISTERING IMMUNIZER: _____			IMMUNIZER SIGNATURE: _____					
Vaccine Type & Product Name	Date of Dose & VIS Provision	Dose	Route/Site	Dose # (1 st , 2 nd , etc.)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Exp Date	VIS/EUA VERSION DATE
			☐ IM ☐ SQ ☐ ID ☐ IN ☐ RIGHT ☐ LEFT ☐ ARM ☐ LEG					
			☐ IM ☐ SQ ☐ ID ☐ IN ☐ RIGHT ☐ LEFT ☐ ARM ☐ LEG					
			☐ IM ☐ SQ ☐ ID ☐ IN ☐ RIGHT ☐ LEFT ☐ ARM ☐ LEG					

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

He leído y comprendo las declaraciones escritas en el reverso de este formulario. OTORGO MI CONSENTIMIENTO a la Farmacia ShopRite n.º _____ y al personal asociado para que me administren esta(s) vacuna(s) o, si corresponde, a esta persona como su tutor legal. Comprendo que la información contenida en este registro se conserva para monitorear las necesidades de vacunación con el fin de prevenir enfermedades. Esta información es confidencial y solo se compartirá con organizaciones o personas que estén autorizadas por ley para recibirla. (Si la declaración de consentimiento para la administración de dosis de este formulario no está firmada, fechada y devuelta, la persona mencionada anteriormente no será vacunada.) Su firma a continuación autoriza a esta farmacia a enviar un registro de esta vacunación al registro de vacunas de su respectivo estado, cuando corresponda.

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DOSIS:

NOMBRE DEL VACUNADO O DEL TUTOR LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL VACUNADO O TUTOR LEGAL: _____

RELACIÓN: _____

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO DE MEDICARE

SI EL VACUNADO ES UN BENEFICIARIO DE MEDICARE-B*: Enviar mi reclamación a Medicare. Medicare solo paga por artículos y servicios cubiertos cuando se cumplen las normas de Medicare. Comprendo que Medicare no decidirá si pagar por los artículos y servicios descritos en este documento hasta después de que me hayan proporcionado estos artículos y servicios. Si Medicare niega el pago, acepto ser personal y plenamente responsable del pago. El propósito de esta sección es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si desea o no recibir estos artículos o servicios, sabiendo que podría tener que pagar por ellos. Antes de tomar una decisión sobre sus opciones, debe leer este aviso detenidamente en su totalidad. Solicítenos explicaciones si no comprende por qué Medicare probablemente no pagará. Pregúntenos cuánto le costarán estos artículos o servicios. Con mi firma en la sección de CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN del Lado 1 de este documento, declaro por el presente que comprendo la información contenida en esta sección.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA LAS VACUNAS:

He recibido y leído la Declaración de información sobre vacunas (Vaccine Information Statement, VIS) para la(s) vacuna(s) que deseo recibir y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. También he tenido la oportunidad de leer y considerar el Aviso sobre prácticas de privacidad de ShopRite en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) a mi entera satisfacción, antes de otorgar mi consentimiento. Comprendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s). Acepto que los servicios podrían prestarse en un entorno no privado. Acepto permanecer en el área general de la administración de vacunas durante al menos 15 a 30 minutos después de recibir la vacuna en caso de que se produzcan reacciones inmediatas. Comprendo que si experimento algún efecto secundario derivado de esta vacuna, soy responsable de realizar un seguimiento con mi médico a mi propio cargo. Comprendo que, siempre que sea necesario, la información relativa a la recepción de esta vacuna podrá enviarse a mi médico de atención primaria u otro profesional de atención médica, al médico autorizante y al departamento de salud estatal o local u otra agencia de supervisión de la salud. Además, por el presente, me libero y descargo a mí mismo, y a mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, Wakefern Food Corp., su ubicación miembro de ShopRite, sus empleados, propietarios y representantes, así como a cualquier empresa patrocinadora de este evento y sus agentes, representantes, empleados, sucesores, cesionarios, entidades reguladoras y comités asesores, de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, acciones y causas de la demanda, que puedan resultar de la participación en este programa. Con mi firma en la sección CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN del Lado 2 de este documento, otorgo mi consentimiento para la administración de las vacunas.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN DE NJ (NJIIS)

He recibido información sobre el Sistema de Información de Vacunación de Nueva Jersey (New Jersey Immunization Information System, NJIIS), y comprendo que el propósito de este programa es recordarme cuándo se deben administrar mis vacunas/las vacunas de mi hijo y llevar un registro central de mis antecedentes de vacunación/los antecedentes de vacunación de mi hijo. Comprendo que la información médica que se encuentra en el NJIIS puede compartirse con profesionales de atención médica autorizados, escuelas, centros de atención infantil autorizados, universidades, agencias de salud pública, compañías de seguros médicos y otros, según lo permitido por la Ley de Nueva Jersey en los Estatutos Anotados de Nueva Jersey (New Jersey Statutes Annotated, N.J.S.A.) 26:4-131 et seq. y las normas en el Código Administrativo de Nueva Jersey (New Jersey Administrative Code, N.J.A.C.) 8:57-3. La participación en este programa no tiene costo alguno. Comprendo que puedo obtener una copia de mi registro/el registro de mi hijo de mi proveedor de atención médica primaria, mi Departamento de Salud local o el Departamento de Salud de Nueva Jersey (New Jersey Department of Health, NJDOH). Puede comunicarse con el Programa de enfermedades prevenibles con vacunas del NJDOH a través del sitio web o el número de teléfono que se indica a continuación: P.O. Box 369 / Trenton / NJ / 08625-0369 Tel.: (609) 826-4860 Fax: (609) 826-4866 www.njiis.nj.gov

Farmacéutico: pegue aquí la etiqueta