

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA

SECCIÓN 1 – Información Acerca De La Persona Que Recibe La Vacuna

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____
MES DIA AÑO

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Celular: (_____) _____ Email: _____ Deseo recibir mensajes con respecto a mi(s) vacuna(s) en texto O email

Vacunas que solicito hoy: COVID Gripe Pulmonía Herpes Zoster Td Tdap Hep A Hep B Meningitis Otro(s): _____

* La farmacia H-E-B se pondrá en contacto con su médico para informarle de la(s) vacuna(s) suministrada(s) hoy usando la información provista abajo *

Nombre del Médico: _____ Teléfono: (_____) _____ Facsímil: (_____) _____

SECCIÓN 2A – Estas Preguntas Lo Ayudarán a Determinar Su Elegibilidad Para Diferentes Vacunas (Circule Si o No)

1. En los últimos 10 días, ¿usted o alguien con quien haya estado en contacto cercano ha sido diagnosticado con COVID-19?	Sí	No
2. ¿Está enfermo hoy o tiene alguno de estos síntomas: fiebre, escalofríos, falta de aliento, dolor corporal, pérdida del gusto/olfato?	Sí	No
3. ¿Tiene alguna enfermedad crónica? (e.g. enfermedad del corazón/riñón/sanguínea, diabetes, asma, COPD, anemia)	Sí	No
4. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, latex (hule), o vacunas? E.g. huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura	Sí	No
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna o a polietilenglicol (PEG) o a polisorbato?	Sí	No
6. ¿Tiene convulsiones, problemas cerebrales o neurológicos?	Sí	No
7. ¿Tiene algún problema con su sistema inmunológico (SIDA, cáncer) o está tomando medicamentos que afecten su sistema inmunológico?	Sí	No
8. Durante el último año, ¿ha recibido productos de sangre o sangre o recibió inmunoglobulina (gamma)?	Sí	No
9. ¿Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	Sí	No
10. ¿Está tomando medicamentos anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?	Sí	No
11. MUJERES: ¿Está embarazada o amamantando o existe alguna posibilidad de que podría estar embarazada en el próximo mes?	Sí	No

SECCIÓN 2B – Solo Para la vacuna de COVID-19 (Circule Si o No)

12. ¿Ha sido tratado con una terapia de anticuerpos específicamente para COVID-19 (anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia)?

13. ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? Si es sí, nombre del fabricante: _____ Fecha recibida: _____

14. **Raza:** Indio americano/nativo de Alaska Asiático Persona de color/afroamericano Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico Blanco Otro Prefiero no revelar

Origen étnico: Hispano No-hispano Prefiero no revelar

Género: Masculino Femenino Otro

SECCIÓN 3 – Por Favor Lea Cuidadosamente y Acepte Donde Sea Apropiado Efectivo Julio 22, 2016

Por la presente dar mi consentimiento a H-E-B Pharmacy ("H-E-B") para administrar la vacuna (los "Servicios") que he solicitado a continuación. **Con mis iniciales, certifico que:**

_____ Yo soy: (i) el Paciente y tengo al menos 18 años; (ii) el padre o tutor del Paciente menor; o (iii) el tutor legal del Paciente; o (iv) una persona autorizada conforme la ley de otro estado o una orden del tribunal para dar consentimiento por el niño; O

_____ Las personas identificadas bajo (ii), (iii), o (iv), en la oración precedente no están disponibles y yo tengo la autoridad para dar consentimiento para la vacunación del niño porque soy un (i) abuelo; (ii) hermano o hermana adulto; (iii) tía o tío adulto; (iv) padrastro; u (v) otro adulto que está a cargo de la atención a actual, el control y la posesión del niño y tiene la autorización escrita para dar el consentimiento para el niño del padre, curador a cargo, tutor u otra persona quien, conforme la ley de otro estado o una orden del tribunal puede dar consentimiento para el niño; asimismo, por la presente certifico que no tengo conocimiento de ningún rechazo expreso ni autorizaciones de consentimiento retiradas y no me han dicho que no de consentimiento para el niño.

Entiendo que toda la Información de Salud Protegida (Protected Health Information, "PHI") que proporcione a H-E-B solo será usada o divulgada por H-E-B según la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de H-E-B ("HIPAA"). Al firmar a continuación, acepto recibir estas Notificaciones de Prácticas de Privacidad HIPAA y doy consentimiento para usar y divulgar la Información de Salud Protegida o PHI descrita en el mismo. Si bien H-E-B se reserva el derecho a no hacerlo, yo doy mi consentimiento a H-E-B que notifique mi información de vacunas al Registro de Vacunas del Estado. Si H-E-B elige informar mi historial de vacunación al registro de vacunación central de Texas, ImmTrac, también comprendo que puedo acceder a mi información de vacunación por otros proveedores de atención de salud, educadores, representantes de salud pública, agencias del estado y determinadas aseguradoras. Asimismo autorizo a H-E-B a (1) divulgar mi información médica u otra información, incluso mi enfermedad contagiosa (incluido VIH), información de salud mental y abuso de droga y alcohol, a mis profesionales de atención de salud, Medicare, Medicaid u otros terceros pagadores, conforme sea necesario para realizar el pago o la atención o de otra manera, (2) presentar un reclamo a mi asegurador por los artículos y servicios solicitados a continuación y (3) solicitar el pago de beneficios autorizados que se realicen en mi nombre a H-E-B en relación con los artículos y los servicios solicitados a continuación. Además, acepto ser totalmente responsable a nivel financiero por todos los gastos que se comparten, incluso copagos, coseguro y deducibles, por los artículos y los servicios solicitados al igual que para cualquier artículo o servicio solicitado no cubierto por mis beneficios de seguro. Entiendo que cualquier pago por el cual soy responsable financieramente tiene vencimiento al momento del servicio o, si H-E-B me factura después del momento del servicio, al recibo de dicha factura.

NO REEMPLAZA AL UN MÉDICO Entiendo que los representantes de H-E-B Pharmacy no son médicos capacitados para diagnosticar y tratar problemas médicos. Acepto que la administración de Servicios no es y no debe ser interpretada como un asesoramiento médico u opiniones que reemplacen el consejo de un médico. Comprendo que la administración de Servicios no crea una relación de médico y paciente entre mi persona y H-E-B. Estoy de acuerdo en consultar a un médico si necesito servicios o asesoramiento médico en algún momento.

DIVULGACIÓN, INDEMNIDAD Y DESCARGO Comprendo que no es posible predecir todos los efectos secundarios o las complicaciones posibles asociadas con la recepción de una vacuna, incluyendo las nuevas vacunas contra el COVID-19. Comprendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna aquí indicada y que he recibido, leído y/o me han explicado las Declaraciones de Información de Vacuna o la hoja de datos de autorización de uso de emergencia en la vacuna que elegí recibir. Asimismo, acepto haber tenido la oportunidad de formular preguntas y esas preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Además, afirmo que he recibido una copia de la notificación de privacidad de H-E-B Pharmacy. También, acuerdo haber sido asesorado a permanecer cerca del lugar de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración, a fin de ser observado por el proveedor de atención de salud que me administró la vacuna. Comprendo que en el curso de la administración de la vacuna solicitada, un representante de H-E-B Pharmacy podría ser expuesto posiblemente a mi sangre o líquidos corporales. En dicho evento, acepto revisar y formalizar el formulario de "Consentimiento posterior a la exposición H-E-B para la Prueba".

En mi nombre, en nombre de mis herederos y representantes personales, por la presente yo RENUNCIO, EXIMO y ACUERDO MANTENER INDEMNEM, DEFENDER Y EXIMIR (incluso por los costos y los honorarios de abogados) a H-E-B, su personal, agentes, empleados, y afiliados corporativos de toda responsabilidad o reclamo, sean o no conocidos, que se deriven o estén relacionados de alguna manera con la administración de los Servicios indicados a continuación, incluso si dichos daños o pérdidas se deriven de una negligencia por parte de H-E-B.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____
(Padre o Tutor, si es menor)

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL SEGURO

	Tarjeta de la Farmacia	Tarjeta Medica
Plan		
No. de ID del Miembro		
No. de Grupo		
RX BIN		No aplicable
RX PCN		No aplicable
Nombre del asegurado y fecha de nacimiento (si es diferente):		

SOLO PARA LA VACUNA DE COVID-19

SOCIOS DE HEB

7-dígitos de PeopleSoft #: _____

SI NO TIENE SEGURO

Doy fe de que no tengo ningún seguro médico o de farmacia. Sí

No. de Seguro Social: _____
(necesario si usted no tiene seguro médico)

SOLO PARA MEDICARE PARTE B:

Número de Medicare*	
4 últimos dígitos del Seguro Social**	

*número en la tarjeta rojo, blanco, y azul de Medicare
**para verificación del seguro, si se necesita

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre a la farmacia HEB por cualquier servicio que la farmacia HEB me haya brindado. Autorizo la divulgación a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes de cualquier información médica sobre mí que sea necesaria para determinar los pagos por servicios relacionados.

Nombre del beneficiario de Medicare: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

SECTION 5 – PHARMACY USE ONLY

Temperature checked by (Partner initials): _____

Vaccine	Brand Name	Amount Administered	Manufacturer	Route	Lot Number / Expiration Date	Site of Administration*
COVID-19	Janssen	0.5 ml	Janssen	IM		RD LD
COVID-19	Moderna	0.5 ml	Moderna	IM		RD LD
COVID-19	Pfizer	0.3 ml	Pfizer	IM		RD LD
COVID VACCINE: Vaccine records reviewed (Partner initials):						Dose # Provided (circle): 1 2 3 _____
Inactivated Influenza	Fluzone HD	0.7 ml	Sanofi Pasteur	IM		RD LD
Inactivated Influenza	Flublok	0.5 ml	Sanofi Pasteur	IM		RD LD
Inactivated Influenza	Fluad	0.5 ml	Seqirus	IM		RD LD
Inactivated Influenza	Flucelvax Quad	0.5 ml	Seqirus	IM		RD LD
Inactivated Influenza	Afluria Quad	0.5 ml	Seqirus	IM		RD LD
Inactivated Influenza	Fluarix Quad	0.5 ml	GSK	IM		RD LD
Inactivated Influenza	Flulaval Quad	0.5 ml	GSK	IM		RD LD
Inactivated Influenza	Fluzone Quad	0.5 ml	Sanofi Pasteur	IM		RD LD
Hepatitis A	Havrix	0.5 ml / 1 ml	GSK	IM		RD LD
Hepatitis B	Heplisav	0.5 ml	Dynavax	IM		RD LD
Hepatitis B	Engerix	0.5 ml / 1 ml	GSK	IM		RD LD
Hepatitis A/B	Twinrix	1 ml	GSK	IM		RD LD
Herpes Zoster (shingles)	Shingrix	0.5 ml	GSK	IM		RD LD
HPV-9	Gardasil 9	0.5 ml	Merck	IM		RD LD
Meningococcal (ACWY)	Menveo	0.5 ml	GSK	IM		RD LD
Measles/Mumps/Rubella	MMR II	0.5 ml	Merck	SC		RA LA
Pneumococcal-23	Pneumovax 23	0.5 ml	Merck	IM / SC		RD/RA LD/LA
Td (tetanus/diphtheria)	TDVax	0.5 ml	Grifols	IM		RD LD
Tdap (tet/dip/pertussis)	Boostrix	0.5 ml	GSK	IM		RD LD
Varicella (chicken pox)	Varivax	0.5 ml	Merck	SC		RA LA
Other						

* RD - Right Deltoid, LD - Left Deltoid, RA - Right Arm, LA - Left Arm

VIS: Flu (inactive/live) 8/6/21, Hep A 7/28/20, Hep B 8/15/19, HPV 8/6/21, MenACWY 8/6/21, MenB 8/6/21, MMR 8/6/21, PCV13 8/6/21, PPSV23 10/30/19, Td 8/6/21, Tdap 8/6/21, Typhoid 10/30/19, Varicella 8/6/21, Zoster 10/30/19, Cholera 10/30/19, DTaP 8/6/21, Hib 8/6/21, Japanese Encephalitis 8/15/19, Polio 8/6/21, Rabies 1/8/20, Rotavirus 10/30/19

H-E-B Pharmacy Location	To Be Completed by Pharmacist	Technician Immunizer (if applicable)
Corp #:	TX License #: _____	TX Registration #: _____
Address:	Signature: _____	Signature: _____
City, State, Zip:	Date of Vaccine Administration: _____	