

## Thrifty MedPlus Pharmacy COVID-19 formulario de consentimiento para la vacuna

### Información del paciente (receptor de la vacuna):

Nombre (Apellidos)		(Primer)	Fecha de nacimiento	Edad	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección			Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Otra	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono		
Nombre del proveedor de atención primaria:					
Nombre de contacto de emergencia:		Relación:	Teléfono		

### Preguntas de detección:

Pregunta	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ya ha recibido la vacuna contra COVID-19?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió?  <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson &amp; Johnson) <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Otro producto: _____</li> <li>• ¿Cuántas dosis de la vacuna COVID-19 ha recibido? _____</li> <li>• ¿Trajo su cartilla de vacunación u otra documentación?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene algún problema de salud o está en tratamiento que lo pone moderada o gravemente inmunodeprimido? (Esto incluiría tratamiento para el cáncer o el VIH, recepción de trasplante de órganos, terapia inmunosupresora o corticosteroides en dosis altas, terapia con células CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], síndrome de DiGeorge o síndrome de Wiskott-Aldrich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido la vacuna COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o de células CAR-T?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. también incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de la vacuna COVID-19, incluyendo polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia</li> <li>• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos.</li> <li>• Una dosis anterior de la vacuna COVID-19</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Marque todo lo que le corresponda:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C o MIS-A)</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de un síndrome inmunomediado definido por trombosis y trombocitopenia, como la trombocitopenia inducida por heparina (TIH)</li> </ul> </div> <div style="width: 45%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS)</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré (SGB)</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de enfermedad por COVID-19 en los últimos 3 meses</li> <li><input type="checkbox"/> He sido vacunado con la vacuna contra la viruela del mono en las últimas 4 semanas</li> </ul> </div> </div>			

**Consentimiento (marque cada casilla a continuación después de leer y firmar):**

- Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 como se describe en la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA), una copia de la cual se me proporcionó con este formulario de consentimiento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Solicito que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente, un menor de edad por quien represento. Estoy autorizado a firmar este formulario de consentimiento.
- Entiendo que en este momento, algunas vacunas COVID-19 requieren 2 dosis administradas con 21 a 28 días de diferencia, según el fabricante. Si esta es mi primera dosis de la vacuna COVID-19 y se requiere una segunda dosis (solo Pfizer y Moderna), tengo la intención de recibir una segunda dosis de la misma vacuna de acuerdo con el plazo especificado en la hoja informativa para completar la serie de vacunación.
- Acepto permanecer en el área de administración de vacunas durante quince (15) minutos o más si así lo indica el administrador de la vacuna después de recibir mi vacuna para garantizar que no se produzcan reacciones adversas inmediatas.
- Entiendo que recibiré la vacuna sin costo alguno para mí.
- Si está asegurado, traiga sus tarjetas de seguro médico y de prescripción médica para su cita de vacunación. Autorizo a la farmacia a facturar a mi seguro en mi nombre las vacunas, entendiéndolo que no incurriré en ningún costo.

Si no está asegurado, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa:

- No tengo ningún seguro, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios privado o financiado por el gobierno.

Para pacientes no asegurados, seleccione al menos una de las siguientes opciones que llevará consigo a su cita.

*Esto es necesario para que su tarifa de administración de vacunas sea pagada por el Programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos.*

- Número de Seguro Social
- Número de identificación estatal y estado de emisión
- Número de licencia de conducir y estado de emisión

Pharmacy Use for Insurance Information	
BIN:	PCN:
ID:	GRP:
SSN:	DL:

**Firma de la persona a recibir vacuna y EUA /VIS (o firma de padre/tutor si el paciente tiene < 18 años)**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*USO DE FARMACIA SOLAMENTE\*\***

Vaccine	Dose	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Date Dose Administered	Date on VIS/EUA
<input type="checkbox"/> COVID-19 (monovalent)	<input type="checkbox"/> 0.2mL <input type="checkbox"/> 0.25mL	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen				
<input type="checkbox"/> COVID-19 (bivalent)	<input type="checkbox"/> 0.3mL <input type="checkbox"/> 0.5mL						

**Pharmacist Name** who reviewed this form: \_\_\_\_\_ **Pharmacist Signature:** \_\_\_\_\_

If **certified vaccinator** is different than the pharmacist who reviewed the form:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

- Insurance Eligibility Check Performed
- Billing Submitted
- Reported to TennIIS
- Notes: \_\_\_\_\_