



With us, it's personal.

Questionario de evaluación, consentimiento para el médico

Información del paciente: (Para que complete el paciente*)

*Nombre del paciente: _____ *Fecha de nacimiento: _____ *Edad: ____ Teléfono # _____

*Dirección: _____ *Ciudad: _____ *Estado: ____ *Código postal: _____

*Género: M o F ¿Que vacuna(s) le gustaría recibir hoy? _____

*Condiciones médicas: _____ *Incluya peso si es menos de 110 libras: ____ ** Para uso exclusivo en caso de emergencia **

*Médico de atención primaria: _____ * Teléfono del médico: _____

* Dirección del médico: _____ *Ciudad: _____ *Estado: ____ *Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas puede recibir hoy. Si alguna pregunta no está clara, pida al farmacéutico que se la explique.	Sí	No	No sé
¿Está enfermo hoy?			
¿Tiene un problema de salud a largo plazo como una enfermedad del corazón, enfermedad renal, trastorno metabólico (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre?			
¿Tiene un problema de salud a largo plazo con una enfermedad pulmonar o asma? ¿Usted fuma?			
¿Tiene alergia a algún medicamento, alimentos (por ejemplo, huevos), látex o algún componente de una vacuna (por ejemplo, neomicina, formaldehído, gentamicina, timerosal, proteínas bovinas, fenol, polimixina, gelatina, levadura de panadería o levaduras)?			
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
¿Ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?			
¿Tiene algún trastorno neurológico, como convulsiones u otros que afecten el cerebro o ha tenido algún trastorno como resultado de la aplicación de una vacuna (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré)?			
¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA u otro problema del sistema inmunológico?			
¿Toma prednisona, otros esteroides o medicamentos oncológicos, o ha tenido tratamientos de radiación?			
Durante el año pasado, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos, incluyendo anticuerpos?			
¿Es usted un padre, miembro de la familia, o cuida de un bebé recién nacido?			
<u>Para mujeres:</u> ¿Está embarazada o es posible que quede embarazada en los próximos tres meses?			
¿Tiene su libreta de vacunación con usted?			
¿Ha recibido las siguientes vacunas:	Sí	No	No sé
• Vacuna antineumocócica--* necesitará dos diferentes vacunas neumocócicas *			
• Vacuna contra la culebrilla			
• Vacuna contra la tos ferina (Tdap)			

Autorizo al farmacéutico a enviar copias de mis documentos de la vacuna a mi proveedor médico de atención primaria. Sí No

Si no selecciona una de estas opciones, los documentos de la vacuna serán enviados a mi proveedor médico de atención primaria, si se le conoce, tal como lo requieren las normas y las leyes de mi estado.

Autorizo a que se comparta cualquier dato médico u otra información con respecto a esta vacuna con mi proveedor médico de salud, Medicare, Medicaid u otro proveedor, según se necesite y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realicen en mi nombre a Rite Aid.

- Entiendo que si mi seguro no cubre el costo de la aplicación de la vacuna en la farmacia, el pago deberá realizarse en el momento de la aplicación de la vacuna.
- Entiendo que mi registro de vacunación puede ser compartido con agencias federales, o estatales, o a la ciudad, para informar del registro.
- Entiendo que el farmacéutico recomienda que los pacientes vacunados permanezcan en la sala de espera, después de la aplicación de la vacuna durante 20 minutos.
- Reconozco al recibir el aviso de prácticas de privacidad de Rite Aid lo pertinente a la información médica protegida.
- Entiendo que la administración de una o la vacuna no sustituye una revisión anual con el médico de atención primaria del paciente.
- He leído, o me han leído la hoja informativa sobre vacunas (VIS) correspondiente a la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de formular preguntas que han sido respondidas a mi entera satisfacción y entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s). Autorizo o doy mi consentimiento para la aplicación de la(s) vacuna(s). Libero absolutamente a Rite Aid Corporation, sus afiliados, funcionarios, directores y empleados de toda responsabilidad por cualquier enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda presentarse de la aplicación de la(s) vacuna(s).

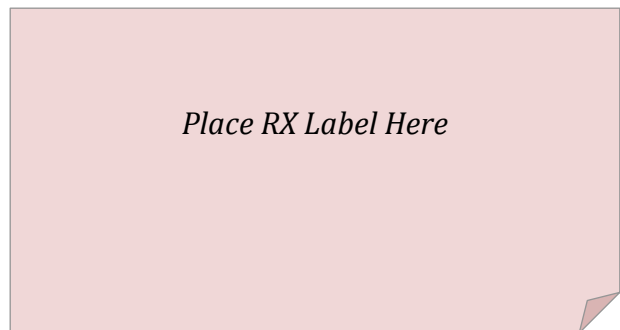
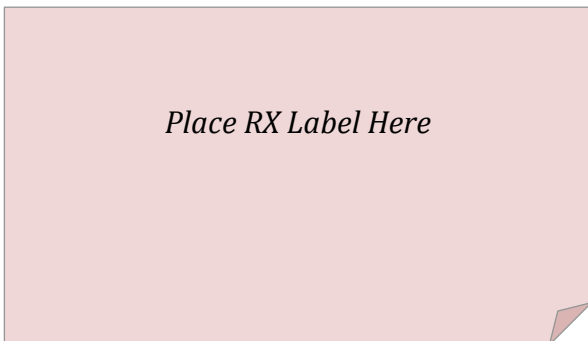
Firma del paciente o firma del tutor legal _____

Si es el tutor legal, imprima su nombre _____

SÓLO PARA USO DE FARMACIA

PHARMACY USE ONLY

<input type="checkbox"/> Influenza Inyectable	<input type="checkbox"/> Meningococcal	<input type="checkbox"/> Zoster (Shingles)
<input type="checkbox"/> Pneumococcal	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis A & B
<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Hib:
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> DTaP:	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> IPV:	<input type="checkbox"/> Other:	



Lot # _____
 Exp. Date _____
 Site RA or LA- Circle One

Lot # _____
 Exp. Date _____
 Site RA or LA- Circle One

Signature of pharmacist who administered Vaccine(s) and provided VIS to patient: _____

License #: _____ NPI #: _____ Date: _____