

B&B RX INC.

79-08 37th Ave, Jackson Heights, NY 11372 Tel: (718) 533-6623 Fax: (718) 533-6624

Cuestionario de Evaluación de Vacunación, Consentimiento y Formulario de Fax para Médico

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Género: Masculino Femenino No binario Otro _____

¿Qué vacuna solicita que se le administre?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Tétanos/Difteria/Tos ferina |
| <input type="checkbox"/> Influenza (Gripe) | <input type="checkbox"/> RSV |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Herpes Zóster (Shingrix) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B |

Médico de Cabecera: _____ Teléfono del Médico: _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas pueden administrarse hoy. Si la pregunta no es clara, pida al inmunizador o al personal de la farmacia que se la expliquen.

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Tiene alergias? – Si es así, indique e incluya alergias a alimentos, medicamentos y vacunas (ejemplos: huevo, látex, pollo, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura, timerosal o látex)___			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna, como mareos, desmayos o convulsiones?			
4. ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas 4 semanas?			
5. ¿Fuma?			
6. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo por el que esté tomando medicamentos para convulsiones, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré (afección que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso?			
7. ¿Tiene alguna condición de salud como anemia, asma, diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar u otra? Por favor indique:			
8. Para mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en los próximos 3 meses?			
9. ¿Está actualmente con infusiones en casa, inyecciones semanales, terapia con esteroides, medicamentos anticancerígenos o tratamientos de radiación?			
10. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA o cualquier otro trastorno del sistema inmunológico, o está en contacto con alguien que tenga un sistema inmunológico severamente debilitado?			
11. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año?			

SOLO PARA USO DE LA FARMACIA:

Vacuna	Fabricante	Lote#	Fecha Venc.	Dosis	Sitio Iny.	Fecha VIS
					Deltoides I / D IM	
					Deltoides I / D IM	

Firma del Inmunizador y entregó VIS: _____ Fecha de vacunación y VIS entregado: _____

Nombre/Título del Inmunizador: _____

La información transmitida en este FAX contiene información confidencial del paciente que está legalmente protegida bajo la legislación HIPAA. Cualquier retransmisión, difusión u otro uso de esta información por una persona que no sea el destinatario previsto está prohibido. Si esta información se recibió por error, notifíquenos inmediatamente y devuelva el mensaje original a la dirección anterior.

B&B RX INC.

79-08 37th Ave, Jackson Heights, NY 11372 Tel: (718) 533-6623 Fax: (718) 533-6624

Cuestionario de Evaluación de Vacunación, Consentimiento y Formulario de Fax para Médico

■ **Reconocimiento:** Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el padre o tutor legal del paciente menor; o (c) el tutor legal del paciente. Además, doy mi consentimiento a la farmacia y al profesional sanitario autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno un "Proveedor aplicable"), para administrar la(s) vacuna(s) que he solicitado anteriormente. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la recepción de vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) anterior(es) y he recibido, leído y/o me han explicado las Declaraciones de Información sobre Vacunas de la(s) vacuna(s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Además, reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación para observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración. En nombre de mí mismo, mis herederos y representantes personales, por la presente libero y exonero a B&B RX INC., a cada Proveedor aplicable, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cualesquiera responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexión con, o de cualquier manera relacionadas con la administración de la(s) vacuna(s) anteriormente listada(s). Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios del registro de vacunación de mi estado ("Registro Estatal") y el intercambio de información de salud de mi estado CIR ("HIE Estatal"); y (b) el Proveedor aplicable puede divulgar mi información de vacunación al Registro Estatal, al HIE Estatal, o a través del HIE Estatal al Registro Estatal, con fines de informes de salud pública, o a mis proveedores de atención médica inscritos en el Registro Estatal y/o HIE Estatal con fines de coordinación de atención. Reconozco que, dependiendo de la ley de mi estado, puedo prevenir, mediante el uso de un formulario de exclusión voluntaria aprobado por el estado o, según lo permitido por la ley de mi estado, un formulario de exclusión voluntaria ("Formulario de Exclusión") proporcionado por el Proveedor aplicable: (a) la divulgación de mi información de vacunación por parte del Proveedor aplicable al HIE Estatal y/o Registro Estatal; o (b) el HIE Estatal y/o Registro Estatal compartiendo mi información de vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de atención médica inscritos en el Registro Estatal y/o HIE Estatal. El Proveedor aplicable, si mi estado lo permite, me proporcionará un Formulario de Exclusión. Entiendo que, dependiendo de la ley de mi estado, puede ser necesario consentir específicamente, y, en la medida que lo requiera la ley de mi estado, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el Proveedor aplicable informe mi información de vacunación al HIE Estatal, o a través del HIE Estatal y/o Registro Estatal a las entidades y para los fines descritos en este formulario de Consentimiento Informado. A menos que proporcione al Proveedor aplicable un Formulario de Exclusión firmado, entiendo que mi consentimiento permanecerá vigente hasta que retire mi permiso y que puedo retirar mi consentimiento proporcionando un Formulario de Exclusión completo al Proveedor aplicable y/o a mi HIE Estatal, según corresponda. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si retiro mi consentimiento, las leyes de mi estado pueden permitir ciertas divulgaciones de mi información de vacunación a o a través del HIE Estatal según lo requerido o permitido por la ley. También autorizo al Proveedor aplicable a divulgar mi prueba de vacunación, o la de mi hijo (o menor no emancipado para quien estoy autorizado a actuar como tutor o in loco parentis), a la escuela donde yo, o mi hijo (o menor no emancipado para quien estoy autorizado a actuar como tutor o in loco parentis), es estudiante o estudiante prospectivo. Además, autorizo al Proveedor aplicable a: (a) divulgar mi información médica u otra información, incluyendo mi enfermedad transmisible (incluyendo VIH), información sobre salud mental y abuso de drogas/alcohol, a o a través del HIE Estatal a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid u otro pagador externo según sea necesario para efectuar la atención o el pago; (b) presentar una reclamación a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados anteriormente; y (c) solicitar el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al Proveedor aplicable con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Además, acepto ser totalmente responsable financieramente de cualquier monto de costos compartidos, incluyendo copagos, coseguros y deducibles, por los artículos y servicios solicitados, así como por cualquier artículo y servicio solicitado no cubierto por mis beneficios de seguro. Entiendo que cualquier pago del cual soy financieramente responsable se debe al momento del servicio o, si el Proveedor aplicable me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____