

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNA

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

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____, TX Código Postal: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ ID: _____ Grupo #: _____

Nombre del titular de la póliza (si es diferente): _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Vacunas que se suministrarán hoy: Gripe Pulmonía Herpes zoster Td Tdap Hepatitis A Hepatitis B
 Meningitis MMR HPV Varicela 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: (_____) _____ Facsímile: (_____) _____

SECCIÓN 2 – Estas Preguntas Lo Ayudarán a Determinar Su Elegibilidad Para Diferentes Vacunas (Cirquele 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? (coronavirus) 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 padecido alguna reacción adversa a la vacuna? Sí No
6. ¿Está usando inyecciones biológicas, esteroides, medicamentos anticancerígenos, o tratamiento con radiografías? Sí No
7. ¿Tiene convulsiones, problemas cerebrales o neurológicos? Sí No
8. ¿Tiene algún problema con su sistema inmunológico, antecedentes de SIDA, enfermedad de médula ósea o tuberculosis? Sí No
9. Durante el último año, ¿ha recibido productos de sangre o sangre o recibió globulina inmune (gamma)? Sí No
10. ¿Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas? Sí No
11. ¿Tiene 65 años o más? Edad: Sí No
12. PARA MUJERES: ¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que podría estar embarazada en el mes próximo? Sí No

SECCIÓN 3 – Por Favor Lea Cuidadosamente y Acepte Donde Sea Apropriado

Efectivo July 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; o (v) otro adulto que está a cargo de la atención 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. 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 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 INDEMNIZAR, 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 – SOLO USO DE MEDICARE PARTE B
Formulario de Autorización de Medicare Parte B

Declaración para Permitir la Asignación de Beneficios de Medicare

- Comprendo que brindo a **H-E-B Pharmacy** el permiso para solicitar los pagos de Medicare por mi cuidado médico, incluso los insumos y el equipo.
- Comprendo que Medicare necesita información sobre mí y mi afección médica para tomar una decisión sobre estos pagos. Brindo mi permiso para esa información para ir a Medicare y las compañías que manejan las solicitudes de pago de Medicare.
- Comprendo que los Centros para Medicare & Medicaid Services (CMS) es la agencia gubernamental de Medicare. Entiendo que una fotocopia de esta divulgación es tan válida como el documento original. Además, comprendo que yo soy responsable del pago de cualquier deducible o importe de coseguro.
- Por lo tanto, solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realicen a mi nombre o a mí a **H-E-B Pharmacy** para cualquier servicio o artículo proporcionado por **H-E-B Pharmacy**. Yo autorizo a cualquier portador de información médica u otra información sobre mí a divulgar dicha información a los Centros de Medicare & Medicaid Services (CMS) y a sus agentes, según sea necesario para determinar esos beneficios o los beneficios para los servicios relacionados.

Nombre: _____ HICN: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 5 – SOLO PARA USO EN LA TIENDA

Temperature checked by (Partner initials): _____

Vaccine	Brand Name	Amount Administered	Manufacturer	Route	Lot Number	Site of Administration*
Inactivated Influenza	Fluzone HD	0.5 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
Pneumococcal-13	Prevnar 13	0.5 ml	Pfizer	IM		RD LD
Td (tetanus/diphtheria)	Tenivac	0.5 ml	Sanofi Pasteur	IM		RD LD
Td (tetanus/diphtheria)	Tet/Dip	0.5 ml	Grifols	IM		RD LD
Tdap (tet/dip/pertussis)	Boostrix	0.5 ml	GSK	IM		RD LD
Typhoid	Typhim	0.5 ml	Sanofi Pasteur	IM		RD LD
Typhoid	Vivotif	4 caps	PaxVax	Oral		By Mouth
Varicella (chicken pox)	Varivax	0.5 ml	Merck	SC		RA LA
Other						

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

H-E-B Pharmacy Location	Vaccine Information Sheet (VIS)	To Be Completed by Immunizer	
Corp #:	Influenza (inactive/live) - 8/15/19 Pneumococcal PPSV23 - 10/30/19 Pneumococcal PCV13 - 10/30/19 Hepatitis A - 7/28/20 Hepatitis B - 8/15/19 Herpes Zoster - 10/30/19 HPV - 10/30/19 Meningococcal ACWY - 8/15/19 Meningococcal B - 8/15/19 Japanese Encephalitis - 8/15/19	MMR - 8/15/19 Td - 4/1/20 Tdap - 4/1/20 Varicella - 8/15/19 DTap - 4/1/20 Hib - 10/30/19 Polio - 10/30/19 Rabies - 1/8/20 Typhoid - 10/30/19 Cholera - 10/30/19	Pharmacist Initials: _____ Signature: _____ Date of Immunization: _____
Address:			
City, State:			