



CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

Immunizer Name: Phone/Fax Date: Phone/Fax Time: Registry Date: (Internal/Off Site Clinic Info)

Form with fields: Nombre, Inicial 2do nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Género asignado al nacer, Edad, Peso, Teléfono móvil, Raza, Etnicidad, Dirección de casa, Ciudad, Estado, Código postal, Proveedor de atención primaria, Dirección del proveedor, Teléfono del proveedor, Fax del proveedor, ¿Está cubierto por un seguro médico comercial o financiado con fondos federales?, Si la respuesta es SÍ, indique su compañía aseguradora, Si la respuesta es SÍ, indique su nro. de identificación de miembro, Si la respuesta es SÍ, indique su nro. de grupo.

QUIERO VACUNARME CONTRA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

- GRIPA, HEPATITIS A, HEPATITIS B, VPH, TÉTANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA, HERPES ZÓSTER (Culebrilla), MENINGITIS, NEUMONÍA, SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (MMR)*, VARICELA*, COVID-19: PRODUCTO, OTRA:

Table with 3 columns: Question, Sí, No. Questions include: 1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas hoy? 2. En los últimos 14 días, ¿ha tenido fiebre... 3. Durante el año pasado, ¿fue a que su proveedor... 4. ¿Es alérgico a medicamentos... 5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave... 6. ¿Alguna vez ha recibido la misma vacuna... 7. ¿Ha tenido convulsiones... 8. ¿Ha recibido algún tipo de vacuna... 9. Para las mujeres: ¿Está embarazada... 10. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión... 11. ¿Tiene cáncer... 12. ¿En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico...*

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica de The Kroger Co., sus afiliados y subsidiarios administren la(s) vacuna(s) que he solicitado. Comprendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) administrada(s) y he recibido, leído y/o me han explicado la Declaración de Información de Vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) de los CDC o la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) correspondiente a la(s) vacuna(s) que he optado por recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Al igual que con todos los tratamientos médicos, no hay ninguna garantía de que no sufra una reacción adversa por la administración de la vacuna. Comprendo que la información contenida en este formulario puede ser compartida con la División de Salud Estatal (SDH, por sus siglas en inglés) y/o los registros de inmunización estatales, y que se mantendrá confidencial y no podrá divulgarse a no ser que la ley lo exija o permita. De ser elegible, autorizo a Kroger a enviar una solicitud de reembolso en mi nombre a Medicare o cualquier otro tercero pagador contratado. Si el reclamo es denegado, entiendo que soy responsable del pago. Comprendo que si mi solicitud de reembolso al Fondo para Personas sin Seguro Médico de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) no es aceptada porque se ha determinado que tengo un seguro médico de un tercero, autorizo a The Kroger Co. a utilizar mi información de salud protegida y otros identificadores para identificar y enviar una factura a mi seguro. Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas. Adicionalmente, me comprometo a permanecer cerca del sitio de vacunación por 15-30 minutos aproximadamente luego de la administración de la vacuna para estar bajo observación del Proveedor de Atención Primaria.

Fecha: (FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS) (PARA TUTORES LEGALES SOLAMENTE: ESCRIBA SU NOMBRE Y PARENTESCO EN LETRA DE MOLDE)

* FOR INTERNAL USE ONLY *

REQUIRED: obtained verbal consent to treat prior to administration REQUIRED: counsel patient remain near location for 15-30 min. If <18, recommend Well-Child Visit

Form with fields: Vaccine Name, Manufacturer, Dose, Series #, Vaccine Lot #, Vaccine Exp. Date, Diluent Lot #, Exp. Date, Injection Site, Route, VIS or EUA Given, Version Date.

Supervising RPH/Lic#: (if required) Immunizer: Date Administered: Time: AM/PM

Aviso de confidencialidad: La información contenida en este mensaje puede ser de carácter privado o confidencial y estar protegida contra la divulgación no autorizada. Si la persona que está leyendo este mensaje no es a quien va dirigido o un empleado o agente a cargo de hacer llegar este mensaje a su destinatario, por este medio le notificamos que cualquier difusión, distribución o reproducción de este mensaje está estrictamente prohibida. Si usted recibió este mensaje por error, por favor notifíquenos inmediatamente respondiendo a este mensaje y luego bórralo.