

Registro de administración de vacunas y consentimiento informado de **Walmart y Sam's Club**



Manual Reporting Initials: _____ Date: _____ Time: _____

Sección A (en letra de molde clara)

Pharmacist Verification: Patient Name Patient DOB

Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Raza: Nativo de América/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Blanco Nativo de Hawái/Otra isla del pacífico Otra No responde

Etnia: Hispano/Latino Ni hispano ni latino No responde

¿Tiene un médico de atención primaria? Sí NO Nombre del médico de atención primaria: _____ Nombre de la calle: _____

¿Autoriza a esta farmacia a enviar su información a su médico de atención primaria? Sí NO

Vacuna solicitada: Gripe COVID-19 Antineumocócica Culebrilla Tdap Td MMR HepA HepB Antimeningocócica Varicela PVH IPV

Las preguntas de la sección B (1-7) de abajo corresponden a todas las vacunas y nos ayudarán a determinar su elegibilidad para recibir la vacuna hoy. Pharmacist Verification of DURs

1. ¿Está la persona que se vacunará enferma o herida hoy? Si lo está, Sí NO
 a. ¿Tiene fiebre reciente o de moderada a alta? Sí NO
 b. ¿Tiene tos? Sí NO
 c. ¿Tiene diarrea? Sí NO
 d. ¿Ha tenido vómitos? Sí NO
 e. ¿Tiene un corte, una lesión, una perforación o una herida abierta que lo hizo vacunarse contra el tétanos? Sí NO
Iniciales del farmacéutico después de hacer la revisión con el paciente: _____

2. ¿Tiene la persona que se vacunará alergias a medicamentos, a componentes de los alimentos, a componentes de vacunas o al látex? Si las tiene, indíquelas. Sí NO
Por ejemplo: huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura, timerosal.

3. ¿Tiene la persona que se vacunará una enfermedad crónica o un problema de salud de largo plazo? Sí NO
Por ejemplo: enfermedades del corazón, de los pulmones, de los riñones, neuromusculares, del hígado o metabólicas; asma; diabetes; anemia; otros trastornos en la sangre o neurológicos; o el paciente fuma.

4. ¿Ha tenido la persona que se vacunará alguna reacción, desmayo o mareo después de recibir una vacuna, o le ha advertido algún médico u otro profesional de la salud sobre recibir ciertas vacunas o recibir vacunas fuera de un entorno médico? Sí NO

5. ¿Ha tenido la persona que se vacunará algún trastorno convulsivo por el que esté tomando medicamentos anticonvulsivos, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré u otros problemas del sistema nervioso? Sí NO

6. ¿Está la persona que se vacunará embarazada, piensa quedar embarazada en el próximo mes o está amamantando? Sí NO

7. ¿Tiene la persona que se vacunará el sistema inmunitario debilitado, o está en contacto con alguien que tenga el sistema inmunitario muy debilitado o esté haciendo un tratamiento de largo plazo con medicamentos como esteroides en dosis altas? *Por ejemplo: cáncer, leucemia, linfoma, VIH/sida, trasplante, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn o cualquier otro trastorno del sistema inmunitario.* Sí NO

Las personas de Carolina del Norte O que reciban una vacuna contra la COVID-19, varicela, sarampión/paperas/rubéola (MMR II) o culebrilla deben responder las preguntas (8-11) de abajo.

8. ¿Ha recibido la persona que se vacunará alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas cuatro semanas? Sí NO

9. ¿Recibe actualmente la persona que se vacunará infusiones en su casa, inyecciones semanales (como Remicade, Humira, Enbrel, Cimzia, Simponi, Simponi Aria, Xeljanz, Orencia, Arava, Actemra, Cytosan, Rituxan, adalimumab, infliximab o etanercept), dosis altas de metotrexato, azatioprina, mercaptopurina, medicamentos anticancerosos, antivirales o radioterapia, cortisona o tratamiento con esteroides en dosis altas (más de 20 mg de prednisona por día o equivalente) por más de dos semanas? Sí NO

10. ¿Ha recibido la persona que se vacunará anticuerpos, una transfusión de sangre o derivados de la sangre, inmunoglobulina o antivirales en el último año? Sí NO

11. ¿Tiene la persona que se vacunará antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica (solamente MMR II)? Sí NO

Sección C Lea atentamente la sección de abajo, y firme y feche para indicar que la entiende y la acepta.

Por la presente, doy mi consentimiento a Walmart, según corresponda, para administrar los medicamentos que solicité arriba. Entiendo los beneficios y riesgos de recibir este medicamento, y recibí, leí o me explicaron la Declaración de información o la Hoja de datos para el paciente de las vacunas que elegí recibir. Reconozco que tuve la oportunidad de hacer preguntas y que se respondieron a mi satisfacción. Reconozco que me recomendaron permanecer cerca del centro de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de recibir la vacuna para estar bajo la observación del proveedor de atención médica que la haya administrado. En mi nombre, el de mis herederos y el de mis representantes personales, libero y exonero por completo a Walmart, su personal, sus agentes, su sucesor, su división, sus afiliados, sus ejecutivos, sus directores, sus contratistas y sus empleados de toda responsabilidad o reclamo conocido o desconocido que surja de cualquier manera en relación con la administración de las vacunas de arriba. **Iniciales:** _____

Entiendo, reconozco y acepto que la administración de esta vacuna se ingresará en el registro de vacunación de mi estado. Entiendo los propósitos/beneficios del registro de vacunación de mi estado y reconozco que, según la ley de mi estado, puedo evitar que se comparta mi vacunación con el registro del estado si firmo una exclusión voluntaria. El farmacéutico me informó que puedo tener derecho a negarme. Reconozco que se informará de la administración de esta vacuna a las autoridades de salud locales, estatales o federales que lo exijan. **Iniciales:** _____

Asigno que se paguen a la farmacia los beneficios autorizados del seguro que me correspondan. Acepto que se revele mi información médica cuando sea necesario para la facturación, el reembolso y el protocolo médico. **Iniciales:** _____

Sé que un farmacéutico, un técnico en farmacia calificado o un residente de farmacia autorizado por el estado, según lo permita la ley, puede administrar este medicamento. **Iniciales:** _____

Escribiendo mis iniciales aquí, confirmo que recibí los Avisos de salud y bienestar de Walmart/Sam's Club. Entiendo que el Aviso se puede modificar, y puedo obtener un Aviso actual en línea, en www.walmart.com o www.samsclub.com, o en cualquier tienda o club locales. Si no pongo mis iniciales ni confirmo que recibí el aviso, mi tratamiento no se verá afectado. **Iniciales:** _____

Nombre del paciente/tutor legal: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Sección D La siguiente sección debe completarla SOLAMENTE un proveedor de atención médica.

Pharmacist Name (Print): _____ Pharmacist Signature: _____

Administering Individual Name and Title (Print): _____ Administration Date/Date VIS Given: _____

Vaccine	Lot #	Exp. Date	Manufacturer	NDC	Dosage	Site	Route	VIS Date	RPH Initials
						LA RA NAS	SQ IM NAS		
						LA RA	SQ IM		
						LA RA	SQ IM		
						LA RA	SQ IM		