

NOMBRE (Apellido)	(Primero)	FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____	
DIRECCIÓN		GÉNERO MASCULINO _____ FEMENINA _____	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELÉFONO#
Nombre del médico de atención primaria			

PROPORCIONE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE FARMACIA O COPIAS DE LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN, YA QUE HAY VARIAS FORMAS EN QUE SE PUEDEN FACTURAR LAS VACUNAS

☐ Cobertura de seguro de medicamentos recetados

Si no es el titular de la tarjeta, proporcione el nombre del titular principal, la fecha de nacimiento y la relación:

BOTE _____ PCN _____ Grupo _____ IDENTIFICACIÓN _____

☐ Cobertura de seguro médico

Si no es el titular de la tarjeta, proporcione el nombre del titular principal, la fecha de nacimiento y su relación:

Plan ID _____ ID de miembro _____ Grupo _____

☐ Pago en efectivo de \$20

Responda a todo para Administración de vacunas	Responda a estas preguntas marcando las casillas	SÍ	NO	Lo que no debes saber
	1. Estas enfermo ¿Hoy?			
2. ¿Tiene una alergia grave a CUALQUIER ¿Medicamentos o alimentos? (Ejemplo: Huevos , gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina). En caso afirmativo, enumere: _____				
3. ¿Alguna vez has tenido una reacción grave o te has desmayado después de recibir alguna vacuna?				
4. ¿Alguna vez tuviste el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la gripe?				
5. ¿Tienes sensibilidad a látex ? (Ejemplo: guantes o vendas)				

SOLO DEVUELVA ESTE FORMULARIO SI DESEA ESTA VACUNA

SE DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO COMPLETO, PROPORCIONAR COPIAS DE SUS TARJETAS DE SEGURO O UN PAGO DE \$ 20 Y UNA FIRMA DEL PADRE/TUTOR O SU HIJO NO SERÁ VACUNADO

Reconozco que comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada tal como se describe en la Hoja de información sobre la vacuna, una copia de la cual se proporciona con este Consentimiento y Autorización. Confirmando que Lake Hills Pharmacy ha respondido a mi satisfacción a todas mis preguntas sobre la vacuna y el procedimiento de vacunación. Solicito y doy mi consentimiento para que se administre la vacuna, según lo indico a Lake Hills Pharmacy, ya sea a mí o a la persona nombrada anteriormente, un menor de edad por quien declaro que estoy autorizado a firmar este Consentimiento y Liberación. Entiendo que estoy dando permiso a Lake Hills Pharmacy para divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesaria a mi médico, Medicare, Medicare HMO o compañía de seguros o registro de vacunación, según corresponda, para permitir que Lake Hills Pharmacy procese mis reclamos de seguro con respecto a la vacuna. Yo, por mí (y por el destinatario de la vacuna, si el destinatario es menor de edad), mis herederos, albaceas y cesionarios libero a Lake Hills Pharmacy y sus afiliados, propietarios, empleados, agentes y representantes de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de o en relación con la calidad de la(s) vacuna(s) descrita(s) anteriormente según lo proporcionado por el fabricante y cualquier negligencia de Lake Hills Pharmacy en relación con la inyección relacionada de la vacuna. Entiendo que las leyes de mi estado pueden afectar mis remedios en relación con esta vacuna.

Firma del Padre/Tutor

Relación con el niño

Fecha

-----DEBAJO DE LA LÍNEA SOLO PARA USO FARMACÉUTICO-----

Vacuna	Lote#	Fecha Exp	Fabricante	Dosificación	Lugar de la inyección	Fecha VIS
Gripe estacional			FLUARIX Sin conservantes	0,5 ml	RD LD NASAL	08/06/21

Firma del farmacéutico _____ Fecha de administración de RPh _____