

## Consentimiento informado para recibir vacunas inactivadas y vivas

|   |        |   |                     |  |  |
|---|--------|---|---------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No binario   |        |   |                     |  |  |
| Apellido  | Nombre | Segundo nombre  | Fecha de nacimiento | Edad   | Sexo   |
| Domicilio   |        | Ciudad  | Estado              | Código postal  | N.º de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular |
| <b>Vacunas que se solicitan:</b> <input type="checkbox"/> Gripe<br><input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Neumonía<br><input type="checkbox"/> Herpes zóster <input type="checkbox"/> Tétanos<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ |        | <b>Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino<br><input type="checkbox"/> No hispano o latino<br><input type="checkbox"/> Se niega a responder (Desconocido)   |                     | Especifique su peso si pesa menos de 66 libras: _____ libras.  |  |
| <b>¿Qué brazo prefiere para la vacuna?</b> <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho  |        | <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano<br><input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Dos o más <input type="checkbox"/> Otro |                     | <b>Solo para pacientes con Medicare:</b> Últimos 4 dígitos del N.º del Seguro Social (SSN): _____<br>N.º de identificación de Medicare Parte B: _____<br>Correo electrónico: _____<br><b>Proveedor de atención primaria</b><br>Nombre: _____<br>Teléfono: _____ Dirección: _____ |  |

| Preguntas de evaluación – SI SE COMPLETARON EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE              |   | Sí                       | No                       |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.   | ¿Está enfermo hoy?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.   | ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o vacunas? Si la respuesta es "sí", especifique: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.   | ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir alguna vacuna?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.   | ¿Tiene alguna condición médica o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunológico? (p. ej. cáncer, leucemia, VIH, herpes zóster activo, toma prednisona, esteroides por vía oral, medicamentos para el cáncer o antivirales)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.   | ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna del COVID-19? (Solo COVID-19)<br>Si la respuesta es "sí", ¿qué producto recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J Fechas: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.   | Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando embarazarse en el próximo mes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.   | ¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? (Solo Tdap)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Vacunas necesarias   |   | Sí                       | No                       | No estoy seguro          |
| 8.   | Marque todas las que le correspondan: <input type="checkbox"/> Asma o enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años.<br>¿Alguna vez ha recibido una vacuna de la NEUMONÍA?<br>Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y qué tipo? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.   | Pacientes mayores de 50 años: ¿Alguna vez ha recibido la vacuna del HERPES ZÓSTER? Si la respuesta es "sí", ¿en qué fecha? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.  | ¿Cuántos años han pasado desde su última vacuna del TÉTANOS? _____ años   |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 11.  | Pacientes de 19 a 59 años de edad: ¿Alguna vez ha recibido una serie de vacunas de la hepatitis B?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.  | Pacientes menores de 46 años: ¿Alguna vez ha recibido la vacuna del HPV (virus del papiloma humano)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.  | Pacientes de 11 a 23 años: ¿Alguna vez ha recibido una vacuna de la meningitis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.  | Indique sobre qué vacunas le gustaría obtener más información<br><input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola) <input type="checkbox"/> Vacunas necesarias para viajar <input type="checkbox"/> Vacunas de la infancia<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No estoy seguro: me gustaría que se hiciera una evaluación de las posibles deficiencias o necesidades de vacunación |                          |                          |                          |
| Solo vacunas vivas (varicela, cólera, antigripal intranasal, MMR® II, rotavirus, fiebre tifoidea oral y fiebre amarilla) |   | Sí                       | No                       |                          |
| 15.  | ¿Ha recibido alguna vacunación en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es "sí", especifique: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 16.  | Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o derivados de la sangre, le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) o ha recibido radioterapia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 17.  | ¿Le han quitado la glándula timo o ha tenido una historia de problemas con su timo, como miastenia grave, síndrome de DiGeorge o un timoma? (solo para fiebre amarilla)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 18.  | ¿Actualmente está tomando antibióticos o medicamentos antipalúdicos? (solo para fiebre tifoidea oral)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 19.  | ¿Tiene una historia de trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? (Solo para MMR® II)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 20.  | Para menores de 18 años: ¿Está tomando aspirina o algún medicamento que tiene aspirina? (solo para antigripal intranasal)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

X

Firma del paciente o del padre/madre/tutor legal del paciente menor de edad (especifique la relación con el menor) Nombre en letra de molde Fecha

Vacuna antigripal de la próxima temporada antes del 1 de septiembre, marque lo que corresponda:  Menor < 18 años de edad  Embarazada (3er. trimestre)  no puede regresar en una fecha posterior para la vacunación

### Below for Pharmacy Use Only:

| Vaccine Name    | Lot # | Expiration Date | Manufacturer | Dose (ml) | Dose #  | Route | Site (circle) | VIS/EUA Pub. Date |
|-----------------|-------|-----------------|--------------|-----------|---|-------|---------------|-------------------|
| COVID-19(_____) |       |                 |              |           | # _____   | IM    | R / L Deltoid |                   |
| Flu (_____)     |       |                 |              |           |   | IM    | R / L Deltoid |                   |
| Shingrix®       |       |                 | GSK          | 0.5       | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | IM    | R / L Deltoid | 2/4/2022          |
| Prevnar 20®     |       |                 | Pfizer       | 0.5       | 1   | IM    | R / L Deltoid | 2/4/2022          |
|                 |       |                 |              |           |   |       | R / L _____   |                   |
|                 |       |                 |              |           |   |       | R / L _____   |                   |

WA ONLY: Substitution Permitted: \_\_\_\_\_ Dispense as Written: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Ordering RPh Signature: _____<br>Name of Administrator: _____<br>Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered<br>Counseling (Please circle): Accepted / Declined | RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____<br>Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): _____<br><input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____ |
|---|--|