

FORMA DE EXPLORACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre	Segunda Inicial	Apellido	
Correo Electrónico	Número de Teléfono		
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Fecha de Nacimiento	Edad	Género	Raza
			☐ Amerindio/Nativo de Alaska
			☐ Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico
Fecha de la Cita	Horario de la Cita	Origen Étnico	☐ Negro/Afroamericano
		☐ Hispanic/ Latino	☐ Blanco
		☐ No Hispanic/ Latino	☐ Asiático
		☐ Desconocido	☐ Otro
		☐ No se puede divulgar debido a la política/ley	☐ Desconocido
			☐ No se puede divulgar debido a la política/ley

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Tipo de seguro	Número del seguro	Número del grupo	
Nombre del proveedor de seguro	Rx ID	BIN	PCN

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO

Nombre del médico

Número de teléfono del médico

Ciudad

VACUNAS SOLICITADAS

¿Cuál vacuna(s) quisiera el paciente hoy?

☐ Gripe (Inyectable)

☐ COVID-19

☐ Meningococo

☐ SRP

☐ Gripe (Nasal)

☐ HPV

☐ Td

☐ Varicela

☐ Hepatitis A

☐ Zona de matojos (Culebrilla)

☐ DTaP

☐ RSV

☐ Hepatitis B

☐ Antineumocócica

☐ Tdap

☐ Otro

PREGUNTAS DE CRIBADO

Todas las Vacunas	Si	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo o tiene fiebre de moderada a alta hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, látex, componentes de vacunas (por ejemplo, neomicina, formaldehído, gentamicina, timerosal, proteína bovina, fenol, polimixina, gelatina, huevos de gallina, levadura de panadería o levadura)? En caso afirmativo, enumere:	☐	☐	☐
3. ¿Durante el año pasado, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han dado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma)?	☐	☐	☐
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a alguna vacuna, incluidos desmayos y mareos?	☐	☐	☐
5. ¿Tiene algún problema de salud crónico en el corazón, los pulmones, los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Recibe terapia con aspirina a largo plazo? En caso afirmativo, enumere:	☐	☐	☐

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo por el que estaba tomando medicamentos anticonvulsivos, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré (una afección que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Está embarazada o está pensando en quedar embarazada en el próximo mes? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Uno de sus padres, hermanos o hermanas tiene algún problema en su sistema inmunitario? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. ¿En los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Durante el año pasado, ¿recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. ¿Le realizaron un examen físico durante el último año? Por favor ingrese la fecha del examen: | ☐ | ☐ | ☐ |
-

Vacunas Vivas (Varicela, Spray Nasal Contra La Gripe, MMR® II, Tifoide Oral, Fiebre Amarilla)

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas cuatro semanas? En caso afirmativo, enumere: | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
-
- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido algún tratamiento de radiación? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. ¿Tiene a) un canal abierto entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la boca, garganta, nariz o su oído, o cualquier otra pérdida craneal de LCR, o b) un implante coclear, o c) una afección inmunodepresora por cualquier causa (p. ej., medicamentos, inmunodeficiencia congénita o adquirida, infección por VIH o ausencia o mal funcionamiento del bazo [p. ej., causado por anemia falciforme])? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. ¿Toma actualmente medicamentos antivirales contra la gripe o ha tomado alguno en las últimas 3 semanas? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. ¿Vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario está gravemente afectado y tiene que estar en aislamiento protector (p. ej., una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)? | ☐ | ☐ | ☐ |

Pulverizador Nasal de Gripe (Flumist®, Tetrevealente)

18. ¿Está recibiendo terapia con aspirina o terapia que contiene aspirina? (Solo para menores de 18 años) ☐ ☐ ☐
19. ¿Tiene una afección nasal lo suficientemente grave como para dificultar la respiración, como una nariz muy tapada? (Solo para FluMist® only) ☐ ☐ ☐

¿El paciente ha recibido las siguientes vacunas?

20. Vacuna antineumocócica ☐ ☐ ☐
21. Vacuna contra el herpes ☐ ☐ ☐
22. Vacuna Tdap (tos ferina) ☐ ☐ ☐
23. Vacuna meningitis ☐ ☐ ☐

Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años o (b) el padre o tutor legal del paciente. Además, doy mi consentimiento o al proveedor de “_____”, para administrar la(s) vacuna(s) que he solicitado anteriormente. Entiendo los riesgos y beneficios asociado con la(s) vacuna(s) anterior y he recibido, He leído y/o me han explicado la(s) Declaración(es) de Información sobre vacunas, sobre la(s) vacuna(s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Además, se recomienda esperar 15 minutos después de la vacunación antes de salir de las instalaciones. De mi propia parte, mis herederos, y representantes personales, Por la presente libero y eximo de responsabilidad al Proveedor correspondiente, sus personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, filiales, oficiales, directores, autónomos y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, derivadas de, en relación con, o de alguna manera relacionada con la administración de la vacuna (s) enumerados anteriormente. Reconozco que entiendo los propósitos/beneficios del registro de inmunización de mi estado (“Registro Estatal”) y el Proveedor puede divulgar mi información de vacunación al Registro Estatal. Reconozco que, dependiendo de la ley de mi estado, puedo evitar la divulgación de mi información de inmunización por parte del Proveedor correspondiente al Registro Estatal mediante el uso del formulario de exclusión voluntaria. El Proveedor, si mi estado lo permite, me proporcionará un Formulario de Exclusión Voluntaria. Entiendo que, dependiendo de la ley de mi estado, Es posible que necesite específicamente dar consentimiento, y en la medida requerida por la ley de mi estado, al firmar a continuación, por la presente doy mi consentimiento para que el Proveedor informe mi información de inmunización al Registro Estatal. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si retiro mi consentimiento, las leyes de mi estado pueden permitir ciertas divulgaciones de mi información de inmunización según lo exija o permita la ley. Autorizo y dirijo voluntariamente a mi proveedor de atención médica en “_____” ara usar o divulgar mi información de salud durante el plazo de esta Autorización al médico responsable de este protocolo de información sanitaria específica de las personas vacunadas en “_____”, mi médico de cabecera, mi seguro y/o registros estatales o federales, cuando sea necesario, con fines de tratamien-to, pago u otras operaciones de atención médica. Además, estoy de acuerdo en ser completamente financieramente responsable para cualquier monto de costos compartidos, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles, para los artículos y servicios solicitados, así como, para cualquier artículo y servicio solicitado no cubiertos por mi seguro. Entiendo que cualquier pago que soy financieramente responsable se debe en el momento del servicio.

Nombre del Paciente**Apellido del Paciente**

Firma del paciente (Padre o tutor si es menor de edad)**Fecha**

PHARMACY USE ONLY

VACCINES GIVEN

Vaccine	NDC	Manufacturer	Dose	VIS Date	Lot #	Exp Date	Site of Admin				Route of Admin
☐ Influenza (Injectable)							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ Influenza (Nasal)							☐	LN	☐	RN	☐ Nasal
☐ Hepatitis A							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ Hepatitis B							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ Hepatitis A&B							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ Zoster (Shingles)							☐	LA	☐	RA	☐ IM ☐ SQ
☐ Pneumococcal							☐	LA	☐	RA	☐ IM ☐ SQ
☐ Meningococcal							☐	LA	☐	RA	☐ IM ☐ SQ
☐ Td							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ Tdap							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ MMR							☐	LA	☐	RA	☐ SQ
☐ DTaP							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ Varicella							☐	LA	☐	RA	☐ SQ
☐ HPV							☐	LA	☐	RA	☐ IM ☐ SQ
☐ Hib							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ COVID-19							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ RSV							☐	LA	☐	RA	☐ IM
☐ Other							☐	LA	☐	RA	☐ IM ☐ SQ
							☐	LN	☐	RN	☐ Nasal

Administered by (Signature)

Supervising Pharmacist Signature
(if applicable)

Date VIS Given to Patient
