

### Vacuna Contra el Consentimiento Informado

Información del paciente	
Primer nombre: _____	Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____	Proveedor de atención primaria: _____
Dirección de envío: _____ _____	
Número de teléfono de casa: _____	Número Celular: _____
Información del seguro	
Nombre del seguro: _____	
Número de identificación del seguro: _____	
Número de grupo de seguro: _____	

Yo, el abajo firmante, he leído o me han explicado la hoja de información de vacunación (VIS). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la (s) vacuna (s) y he respondido satisfactoriamente a mis preguntas. Solicito voluntariamente que se me administre la vacuna o a la persona mencionada para la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Autorizo que las vacuna(s) para ser administrada por un estudiante farmacéutico capacitado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del padre, tutor o cuidador: \_\_\_\_\_

Historial de vacunas			
	Si	No	No sabe
¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último TETANUS SHOT?	_____ anos		
¿Alguno de los siguientes se aplica a usted? Asma Diabetes Enfermedad cardíaca Fumador de tabaco de 65 años o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si marcó sí a la pregunta anterior, ¿alguna vez recibió la vacuna PNUEMOCOCCAL? – En caso afirmativo, ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientes de 50 años o más: – ¿Alguna vez recibió la vacuna SHINGRIX?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuestionario de cribado			
¿Actualmente está enfermo o tiene fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez recibió la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Eres alérgico al látex o al caucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Eres alérgico a algún otro componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes un trastorno de coagulación de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mujeres: – ¿Estás actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacunas vivas (MMR, Varivax, Otras)			
¿Has recibido alguna vacuna en el último mes? – En caso afirmativo, ¿cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna enfermedad que afecte el sistema inmunitario (cáncer, VIH, trasplante, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Actualmente está recibiendo Humira Remicade, Enbrel, metotrexato, azatioprina, 6-mercaptopurina, antivirales, esteroides, anticancerígenos o radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último año, ¿ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pharmacy Use Only					
Vaccine Name					
Lot					
Expiration					
Manufacturer					
Dose					
Route (IM/SQ)					
Site (RD, LD, RA, LA)					

Signature of Pharmacist/Provider: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Entered into WebIZ

Funding:  317  VFC  Private