Formulario de consentimiento para la administración de vacunas

CVS pharmacy®

Información del centro (para que complete algún miembro del equipo de CVS Pharmacy®)

Identificación del centro | Nombre del centro | Teléfono | N.° de la tienda

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Información sobre el paciente

Apellido | Nombre | Fecha de nacimiento | Sexo

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Nombre del proveedor de atención primaria (PCP) | Teléfono del PCP | Fax del PCP

Dirección del PCP | Ciudad | Estado | Código postal

Información del seguro (en el caso de los centros de vacunación, asegúrese de que se haya obtenido una copia de la tarjeta del seguro del paciente).

***INDICA LOS CAMPOS OBLIGATORIOS**

Si el empleador paga la vacuna con un cupón, ingrese la siguiente información del cupón:

Código del plan | Identificación del cupón | Identificación grupal

Para vacunarse, debe proporcionar la información del cupón a CVS Pharmacy antes de que se le administre la vacuna. Puede imprimir una copia del cupón y entregarla en la farmacia o presentarlo de manera electrónica en su teléfono o dispositivo

Seguro para medicamentos que precisan de recetas:

¿El paciente es el tarjetahabiente principal? ◯ Sí ◯ No

Si no lo es, escriba el nombre del tarjetahabiente principal. | Fecha de nacimiento del tarjetahabiente

* Nombre del plan de beneficios de medicamentos que precisan de recetas | * N.° de identificación del tarjetahabiente | * Identificación grupal de la receta | * BIN | * PCN

Campos de Medicare:

*¿El paciente es mayor de 65 años o es elegible para Medicare? ◯ Sí ◯ No

Número de identificación de la Parte A/B de Medicare (MBI)

Nota: *El MBI es necesario para todos los pacientes de 65 años o más, o que son elegibles para Medicare. Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.*

Seguro médico:

* Proveedor del seguro médico | * N.° de identificación del tarjetahabiente | * Identificación grupal | * Identificación del pagador

¿El paciente es el tarjetahabiente principal? ◯ Sí ◯ No

Si no lo es, escriba el nombre del tarjetahabiente principal. | Fecha de nacimiento del tarjetahabiente

***Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para confirmar que la siguiente información es verdadera y precisa.**

☐ No tengo ningún seguro, ni siquiera Medicare, Medicaid ni ningún otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno. *Si tiene los datos que se solicitan a continuación (identificación del Seguro Social [SSN], número de identificación personal o de la licencia de conducir), complete las casillas correspondientes. Si no tiene esta información o no quiere proporcionarla, puede dejar estos espacios en blanco y seguir completando el formulario.*

*Número del Seguro Social | o número de identificación estatal y estado | o número de la licencia de conducir y estado

Información privada y confidencial. Solo para pacientes o cuidadores. Si ha recibido este documento por error, notifíqueselo a CVS Pharmacy de inmediato. VC ©2022 CVS Health o una de sus filiales. Información confidencial y privada.

Si otra persona se encarga de tomar las decisiones relacionadas con su salud en su nombre, complete la siguiente información:

Nombre del cuidador o de la persona responsable de los gastos | Parentesco | Teléfono

Marque todas las vacunas que quisiera recibir:

- ◯ COVID-19
- ◯ Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)
- ◯ Prevnar 13® contra la neumonía
- ◯ Otra (indique cuál a continuación) _____
- ◯ Antigripal
- ◯ Contra el herpes zóster
- ◯ Pneumovax 23® contra la neumonía

Preguntas de detección de síntomas de COVID-19

1.	¿Tiene actualmente, o ha tenido en los últimos 14 días, fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del gusto o del olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
2.	En los últimos 14 días, ¿ha dado positivo en la prueba de COVID-19?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé

Preguntas de detección para la vacunación

1.	¿Está enfermo hoy? (¿Está resfriado, o tiene fiebre o una enfermedad aguda?)	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
2.	¿Tiene alergias o reacciones a alimentos, medicamentos, vacunas o al látex (por ejemplo, al huevo, a la gelatina, a la neomicina, al tiomersal, etc.) o ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) (por ejemplo, una reacción por la cual se lo trató con epinefrina o EpiPen® o por la que tuvo que ir al hospital)?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
	¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir la vacuna contra el COVID-19?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
	¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
	¿La reacción alérgica grave se produjo en relación con la administración de polietilenglicol o productos que contienen polietilenglicol?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
	¿La reacción alérgica grave se produjo en relación con la administración de polisorbato o productos que contienen polisorbato?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
3.	¿Alguna vez tuvo una reacción grave después de recibir una vacuna? ¿Tiene antecedentes de desmayos, en particular con vacunas? ¿Algún médico u otro profesional de atención médica le advirtieron sobre recibir ciertas vacunas o recibirlas fuera de un entorno médico?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
4.	¿Alguna vez tuvo una crisis epiléptica, un problema en el cerebro o en el sistema nervioso o el síndrome de Guillain-Barré?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
5.	¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes, como la warfarina (Coumadin)?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
6.	¿Tiene algún problema de salud crónico, como una enfermedad del corazón, de los pulmones o del hígado, asma, enfermedad renal, del metabolismo (como diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/sida, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn o algún otro problema del sistema inmunitario?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
8.	¿Está moderada o gravemente inmunodeprimido por una afección médica o un tratamiento inmunosupresor, incluidos, entre otros, un tratamiento activo para un tumor sólido, una neoplasia maligna hematológica o un trasplante de órganos macizos o de células madres; síndrome de inmunodeficiencia primaria; una infección por el VIH avanzada o no tratada, o un tratamiento activo con dosis altas de corticosteroides u otros agentes biológicos inmunosupresores o inmunomoduladores?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
9.	Durante el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o de hemoderivados o recibió inmunoglobulina (gammaglobulina) o medicamentos antivirales?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
10.	¿Está embarazada o amamantando o es posible que quede embarazada el mes próximo?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé
11.	¿Recibió vacunas o se realizó una prueba cutánea para el diagnóstico de la tuberculosis en las últimas 4 semanas?	◯ Sí	◯ No	◯ No lo sé

Información privada y confidencial. Solo para pacientes o cuidadores. Si ha recibido este documento por error, notifíqueselo a CVS Pharmacy de inmediato. VC ©2022 CVS Health o una de sus filiales. Información confidencial y privada.

Preguntas de detección solo para la vacuna contra el COVID-19

1. Marque si esta es la ◯ primera dosis, la ◯ segunda dosis*, la ◯ tercera dosis*, el ◯ primer refuerzo, el ◯ segundo refuerzo o u ◯ otra dosis* de la vacuna contra el COVID-19 que recibe el paciente.
   * Si recibe otra dosis que no sea la primera, indique la fecha de la última dosis: _____

   Si programo una cita para recibir una dosis adicional de la vacuna contra el COVID-19, confirmo que soy elegible para esa dosis porque estoy inmunodeprimido. ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

   Si programo una cita para recibir una vacuna de refuerzo contra el COVID-19, confirmo que soy elegible para dicho refuerzo, conforme a las pautas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). (No utilizar hasta que la vacuna de refuerzo esté autorizada o aprobada). ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

   En caso afirmativo, ¿de qué laboratorio? ◯ Pfizer-BioNTech-Comirnaty ◯ Moderna ◯ Johnson & Johnson (Janssen) ◯ Otro: _____

3. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convaleciente como parte de un tratamiento contra el COVID-19 en los últimos 90 días? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

4. ¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del revestimiento que rodea al corazón) que guarden relación o no con la recepción de una vacuna de ARNm contra el COVID-19? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

5. ¿Tiene antecedentes del síndrome inflamatorio multisistémico (en niños [MIS-C] o en adultos [MIS-A])? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

6. ¿Tuvo episodios de trombosis con síndrome de trombocitopenia (STT) luego de haber recibido la vacuna de Janssen contra el COVID-19 o cualquier otra vacuna de vectores de adenovirus contra el COVID-19 (p.ej., la vacuna de AstraZeneca)? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

7. ¿Ha recibido una vacuna contra el Orthopoxvirus (vacuna contra la viruela del mono) en las últimas 4 semanas? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS: He recibido y leído (o me han leído) las Fichas de datos para pacientes o las Declaraciones informativas sobre vacunas Ωrelacionadas con la vacuna. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación. Asumo voluntariamente responsabilidad plena por cualquier reacción o consecuencia que se presente. Comprendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos, o más tiempo si se me indica, después de la vacunación para que me controlen a fin de detectar posibles reacciones adversas. En caso de tener efectos secundarios, entiendo que debo llamar a la farmacia, a mi médico o al 911. Certifico que la información proporcionada con respecto a la elegibilidad para la vacuna es exacta y solicito que me administren la vacuna o que se la administren a la persona mencionada anteriormente, para la que estoy autorizado a presentar esta solicitud. Si firmo en nombre de otra persona (incluido un menor de edad), confirmo que tengo la autoridad para hacerlo. Tenga en cuenta que los siguientes pacientes deben tener la autorización de su padre, su madre o su tutor legal: Pacientes en Alabama/Nebraska menores de 19 años, pacientes en Carolina Sur menores de 16 años y pacientes menores de 18 años en todos los demás estados. Solo para el estado de Georgia: Certifico que un farmacéutico me ha preguntado por mis antecedentes médicos y si me han realizado un examen físico en el último año. Los proveedores de atención médica no identificaron afecciones por las que no debería colocarme la(s) vacuna(s).

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR PAGO: Autorizo a CVS Pharmacy® ("CVS®") para que divulgue mi información a Medicare, Medicaid o cualquier otro tercero pagador, según sea necesario, y para que solicite el pago de las prestaciones autorizadas en mi nombre a CVS. Certifico que la información proporcionada sobre mi seguro Medicare, Medicaid u otra cobertura es correcta.

ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Independientemente de lo establecido en el párrafo anterior, acepto que soy responsable del pago, y que cumpliré, de inmediato, con todas las obligaciones de pago para con CVS Pharmacy, incluidos los saldos de pagos personales y aquellos cargos por los servicios no cubiertos o que mi compañía de seguros no haya autorizado (para las vacunas que no sean contra el COVID-19).

DIVULGACIÓN DE REGISTROS: Entiendo que CVS® podría verse obligada a divulgar, o podría divulgar de forma voluntaria, mi información de salud con respecto a esta vacuna a mis proveedores de atención médica, mi plan de seguro, los sistemas de salud y hospitales, o los registros estatales o federales. Entiendo que CVS usará y divulgará mi información de salud según se estipula en el Aviso sobre las prácticas de privacidad de CVS (podrá obtener una copia en la tienda, ya sea en línea o solicitando una copia impresa al farmacéutico). Solo para el estado de California:
Acepto que el Registro de Vacunación de California (California Immunization Registry, CAIR) comparta mi información de vacunación con los proveedores de atención médica, las agencias o las escuelas. Solo para el estado de Florida: Los estudiantes de 18 a 23 años pueden elegir no participar del registro de vacunación mediante el envío de un aviso a la farmacia antes de la administración.

X

Firma del paciente que recibe la vacuna (o del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado) Fecha

Si firma en nombre del paciente, declara que tiene autorización para brindar los consentimientos necesarios en nombre del paciente.

Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado Teléfono Parentesco

Asimismo, autorizo a CVS Pharmacy, Inc. y sus afiliadas, incluidas MinuteClinic, LLC y sus entidades administradas (colectivamente "CVS"), a compartir la información sobre mi vacunación, los resultados de las pruebas y toda otra información relacionada con mi cita con una o más de las siguientes partes: mi empleador, el proveedor o prestador de servicios de mi empleador, mi institución educativa, una empresa a la que preste servicios (directamente o en nombre de otra entidad) o un tercero que haya contratado a CVS para prestar servicios de aplicación de vacunas. Entiendo que toda información divulgada según esta autorización dejará de estar protegida por las normas federales sobre privacidad. Puedo revocar esta autorización u obtener una copia comunicándome con Ayuda al Paciente al 1-866-389-ASAP. Sin embargo, entiendo que mi información ya podría haber sido divulgada de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización.

X

Firma del paciente que recibe la vacuna (o del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado) Fecha

Si firma en nombre del paciente, declara que tiene autorización para brindar los consentimientos necesarios en nombre del paciente.

Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado Teléfono Parentesco

Información privada y confidencial. Solo para pacientes o cuidadores. Si ha recibido este documento por error, notifíqueselo a CVS Pharmacy de inmediato. VC ©2022 CVS Health o una de sus filiales. Información confidencial y privada.

Vaccine Administration Information **Pharmacist/Immunizer use only**

(Please fill out for each vaccine being administered)

_____ If patient's body temperature is 100.4˚F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this time.

Patient Temperature

Vaccine 1:

Administration Date | Vaccine | VIS Date | Manufacturer | Volume (mL)

Lot # | Exp. Date | Route | Site ◯ L ◯ R

Vaccine 2:

Administration Date | Vaccine | VIS Date | Manufacturer | Volume (mL)

Lot # | Exp. Date | Route | Site ◯ L ◯ R

Vaccine 3:

Administration Date | Vaccine | VIS Date | Manufacturer | Volume (mL)

Lot # | Exp. Date | Route | Site ◯ L ◯ R

Administering Immunizer Name & Title | Administering Immunizer Signature

To be filled out by Immunizer, as required for state immunization registry reporting. Only for states listed.

MS: Check all fields for patients 18 years of age and younger.
OK: Check Race and Ethnicity for all patients. Obtain Next of Kin for patients 18 years of age and younger.

Race: ◯ **1** - American Indian or Alaska Native ◯ **2** - Asian ◯ **3** - Native Hawaiian/Other Pacific Islander ◯ **4** - Black or African American ◯ **5** - White ◯ **6** - Other Race

Ethnicity: ◯ **1** - Hispanic ◯ **2** - Not Hispanic or Latino ◯ **3** - Unknown

Next of Kin (18 or younger)

Name | Phone Number | Relationship

Address

State of NJ only

Prescriber Name | Prescriber Address

For CA, MA, MT, NJ, NM, NY, TX
(For CA, this indicator means the registry will not share with Universities, Schools or other agencies.)

Registry Sharing Indicator: ◯ Yes ◯ No

Private and Confidential. Intended for patient or caregiver only. If you have received this document in error, please notify CVS Pharmacy immediately.
VC ©2022 CVS Health and/or one of its affiliates. Confidential and proprietary.