

Registro de Administración de Vacuna (VAR por sus siglas en inglés) Consentimiento Informado para la Vacunación en el Centro de Cuidados a Largo Plazo (LTCF por sus siglas en inglés)

SE	CCION A-1 Portavorescriba is	egiblemente.					
Pri	imer nombre:		Ap	ellido:			
Fee	cha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: □ Muj	er 🔲 Hombre Teléfono:			
	ombre del LTCF:						
				rreo electrónico del Paciente:			
De: SE aut Add corn pos ber que sati dur de sub des ant Toep el (corr core est: (a) Est HE est: corr Est	eseo recibir la(s) siguiente(s) CCION A-2 Certifico que yo s torizada para dar su consentimie emás, por la presente doy mi co responda (cada uno de ellos un sible predecir todos los posibles neficios asociados con la(s) vact e he elegido recibir. También reci sisfacción. Además, reconozco q rante aproximadamente 15 minu la presente libero y eximo de reco sidiarias, oficiales, directores, o sconocidos, que surjan de, en co teriormente. Conozco que: (a) Entiendo los ud de mi estado ("HIE Estatal") vés de la HIE Estatal al Registro partamentos de Salud estatales Centro para el Control y la Prev n el fin de informar sobre la salu ordinar los cuidados. Reconozc lado o, según lo permitido por la la divulgación de mi información tatal de compartir consentir esentimiento para que el Provee tatal y/o Registro Estatal a las el	oy: a) El paciente y ten nto en nombre del pacinsentimiento a Walgree "Proveedor aplicable"), efectos secundarios o cuna(s) anterior(es) y he conozco que he tenido lo ue se me ha aconsejado tos después de la admissiponsabilidad a cada u contratistas y empleados prexión con, o de algun propósitos/beneficios de conozco que he fermedado propositos/beneficios de conción de Enfermedado propósitos/beneficios de conción de Enfermedado de la ley de mi estado, un ne de vacunación con conción con conción de conción con conción con conción con conción de conción con conción	go por lo menos iente cuando éste ens o Duane Rea para que adminicomplicaciones a recibido, leído y/la oportunidad de do que el paciente inistración. En no de los Provees de todas y cada a manera relacionel registro de varial manera relacionel registro de varial des (CDC por sus veedores de cuide e la ley de mi es formulario de excepto de la ley de mi es formulario de excepto de la ley de mi es formulario de excepto de la ley de mi es formulario de mis te, me proporcion hasta el punto remi información de pósitos descritos	18 años de edad; b) El tutor legal del pacien e no sea competente o no pueda dar su cons de y al profesional de la salud autorizado qu sistren la(s) vacuna(s) que he solicitado ante sociadas con la administración de la(s) vacuo o me han explicado la Hoja Informativa de la hacer preguntas y que dichas preguntas fue permanezca cerca del lugar de la vacunación mbre del paciente, sus herederos y represe dores aplicables, su personal, agentes, suce una de las responsabilidades o reclamos, y nados con la administración de la(s) vacuna cunas de mi estado ("Registro Estatal") y e vulgar mi información de vacunación al Registad gubernamental estatal o federal ("Agenciento de Salud y Servicios Humanos federa siglas en inglés), o sus respectivos designados de salud inscritos en el Registro Estata; contros proveedores de cuidado de salud inscritos proveedores de cuidado de salud inscriará un Formulario de Exclusión. Entiendo que querido por la ley de mi estado, al firmar avacunación a las Agencias de Gobiemo, le en este formulario de Consentimiento Informa in consentimiento permanecerá en vigor ha	te; o c) Un sentimiento e administriormente. Inna(s). Enta a AUE sobreton conte ón para suntantes persores, divira sean co (s) menciores de exclusias Gubern I (HHS por lados, segal y/o el HII o de exclusado por e o (b) la HII coritos en e o (b) la HII coritos en e abajo, po HIE Estata nado. A merores estados de la HII estata nado. A merores estados	na persor o por sí tre la vac Entiendo lo re la(s) v e stadas a u observa ers onale isiones, onocidos o nada(s) bio de in il, a la HI namenta r sus sigl gún lo re E Estata esión api el Provee E Estata el Regist diendo d or la pre al, o a tra	ma mismo. cuna, según o que no es se riesgos y vacuna(s) a mi ación es, por medio afiliados, o afiliados, o alas en inglés), equiera la ley, al con el fin de robado por el dor aplicable: al y/o Registro Estatal y/o de la ley de mi esente doy mi esente doy mi esente doy mi esente doy mi
Ent de Pro info terc soli ser incl cub ser info	tiendo que aunque no dé mi co la información de mi vacuna a oveedor aplicable a: (a) revela ormación de salud mental, a, o cero pagador como sea necesi icitados arriba; y (c) solicitar que vicios solicitados arriba. Adem luyendo copagos, coaseguros y pierto por los beneficios de mi s vicio o, si el Proveedor corres ormación de sus vacunas de es intificada anteriormente. Si usteo	onsentimiento o retire mo a través de la HIE Er mi información média través de, la HIE Esta ario para efectuar el ce el pago de los benefás, acepto ser plenan deducibles, por los ar eguro. Entiendo que copondiente me factura ta visita por motivos de les un empleado de la	ni consentimiento, statal o a Agenci ca o de otro tipatal o Agencias Caluidado o el pagicios autorizados nente responsab tículos y servicios ualquier pago po después del me salud pública y LTCF, Walgreen	las leyes de mi estado o la ley federal pued as Gubernamentales según lo requiera o pe po, incluyendo cualquier enfermedad trans dubernamentales a mis profesionales de la so; (b) presentar un reclamo a mi asegurad se haga en mi nombre al Proveedor aplicab le financieramente de cualquier cantidad es solicitados, así como por cualquier artículo r el cual soy financieramente responsable se omento del servicio, al recibir dicha factura enviará esta información al Director Médicos s enviará la información de sus vacunas a su	en permitir rmita la ley smisible (in alud, Medi dor por los le con resi de particip y servicio s debe paga a. Walgree o o al Adm u empleado	r ciertas of Ademancluy endicare, Messartícul pecto a loación escolicitado gar en elens pod ninistrado o r según	divulgaciones ás, autorizo al do el VIH), e edicaid, u otro los y servicios los artículos y en los costos, o que no esté I momento de la divulgar la or de la LTCF
INOI	mbre en Letra Impresa:	Firma (dei Paciente/ Per	sona Autorizada:	Fec	:ha:	
SE	ECCION B-1 PREGUNTAS DE I	EVALUACIÓN. Las sigu	ientes preguntas	nos ayudarán a determinar su elegibilidad para	<u>a ser vacur</u>	nado hoy	<u>/.</u>
1.	Se siente enfermo hoy?						□ No se
2.	Tiene alguna condición de salud De sersi, porfavor detállelas:	d, tales como enfermeda	des cardíacas, dia	abetes o asma?	□ Sí -	□ No	□ No se
3.	Es usted alérgico al látex, a los r gentamicina, polimixina, neomic De sersi, porfavor detállelas:			ejemplos: huevos, proteína bovina, gelatina,	□Sí	□No	□ No se
4.	Ha tenido alguna vez una reacc	ión después de recibir ur	na vacuna, incluye	endo desmayos o mareos?	□Sí	□ No	□ No se
5.				dicamentos anticonvulsivos, un trastorno u otro problema del sistema nervioso?	□Sí	□No	□ No se
6	Para las mujeres: Está embara	zada a canaidarenda au	i adar ambarazada	en el próvimo mes?	ΠSí		□ No se

SECCION B-2 Certifico que yo soy: a LTCF y, basado en la observ econozco que he tenido la oportun	ación clínica, tengo sufi	iciente conocimiento	de la c	ondición del pa	ciente para responder a las	esentante; Preguntas	o c) Un representante de de Evaluación. También		
Paciente/Representante del LT									
SECCION C					ENTE SI ES APLICABL				
Por favor, asegúrese de registrar T		farmacia COMO los	_		1	1	_		
No-Medicare:	Tarjeta Farmacia		Tarje	ta Médica	Medicar		Medicare Parte B		
Plan de Seguro/Plan ID:					Número Med *Número de Recla		Medicare (MCN) para las tarjeta		
ID # Miembro/Receptor:				NI/A		distribuidas antes de 2018.			
RX BIN:	RX BIN: N/A RX PCN: N/A								
Número de Grupo:				TWA					
De no serlo, favor proporcione el no				el tarjetahabiente: _					
Complete <u>BEFORE</u> vaccine a	dministration								
1. I have reviewed the Patien	I have reviewed the Patient Information and Screening Questions.								
2. I have verified that this is the	e vaccine requested b	by the patient.					Initial here:		
	This vaccine is appropriate for this patient based on the Age Guidelines and Other Guidelines provided by federal and/or state regulations and company policies.								
· ·	3a. Does this patient have a high-risk medical condition? If yes, please list medical condition(s):								
4. The Vaccine NDC matches	the NDC on the botton	n of this VAR form a	ınd the NE	OC on the patier	t leaflet. (Perform 3-way ND	C match.) Initial here:		
5. I have verified the Expiration	on Date is greater than	today's date and h	ave enter	red the Lot#an	d Expiration Date in the fie	ld below.	Initial here:		
SECCION E Completar DUR	ANTE la interacción	con el paciente							
Confirmo el Nombre del pacie	Confirmo el Nombre del paciente , la FDN y la Vacuna Solicitada , y he verificado que coincide con la información del formulario VAR.								
2. He revisado las Preguntas de	He revisado las Preguntas de Evaluación y las respuestas.								
3. He proporcionado una Hoja Inf	formativa de la AUE al pa	ciente o al representa	ante de la l	LTCF.			Iniciales aquí:		
SECTION F Completar DESPUES de la ad	ministración de la va	acuna							
Vacuna	NDC	Fabricante	Dosis	Dosis 1	Lugar de administración		de Publicación de Hoja Itiva de la AUE		
				Dosis 2		IIIIOIIII	and do la rio L		
Name to All Olivita a (language)		Firm a dal O	MS 1		T %1	_			
Nombre del Clínico (Impreso) Nombre del practicante/técni		<u>-</u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		I itul _Fecha de administraciór				
Fecha de entrega de la Hoja li					_	'			
# DE LOTE DE LA VACUNA COVI		•					_		

- Actualizar el expediente del paciente con toda nueva información de alergias, condiciones de salud o del proveedor de cuidados primarios.
 Ingresar el # de lote de la vacuna, fecha de vencimiento y lugar de administración, luego escanear el formulario VAR al registro del paciente.