

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Esta sección se debe rellenar para personal residente/de la instalación que reciben la vacuna.

Nombre:	Apellidos:				
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Alergias:	<input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas a medicamentos				
Nombre de la instalación y dirección:					
Raza/Etnia: <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latinoamericano <input type="checkbox"/> Islas del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro, especificar:					
Nombre de la madre: <input type="checkbox"/> No disponible			Apellido de soltera de la madre: <input type="checkbox"/> No disponible		
Tipo de guardián del paciente (Escoja entre las opciones a continuación):					
<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Trío
<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijo acogida	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Uno mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Cuidador	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Hijastro	<input type="checkbox"/> No disponible

Doy mi consentimiento para recibir la siguiente vacuna [Vacuna]: Vacuna SARS-CoV-2 (serie de 2 dosis) Sí No

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR DE SALUD

El personal de la instalación que recibe la vacuna debe rellenar la sección 2 a continuación.

Condiciones médicas:			
Dirección postal:			
Calle:	Ciudad:	State:	Zip:
Número de teléfono personal:		Dirección de Email personal:	
Médico primario (PCP):		Número de teléfono del PCP:	

Información del seguro (cumplimente la tabla a continuación o marque "Sin asegurar" si no está asegurado)

<input type="checkbox"/> Sin asegurar	Farmacia/Medicación	Clínico
Plan de seguros/ID del plan		
Número de ID de miembro/receptor		
RX BIN		N/A
RX PCN		N/A
Número de grupo		

¿Es usted el titular? Sí No Si no lo es, indique el nombre del titular, fecha de nacimiento y parentesco a continuación:

Nombre del titular:	FdN del titular:	Relación con el titular:
---------------------	------------------	--------------------------

SECCIÓN 3: CONSENTIMIENTO

Lea las siguientes declaraciones y firme abajo en la línea de la firma.

He recibido, leído y entendido la información sobre la vacuna para el COVID-19 proporcionada por PharmScript. Por la presente, autorizo a PharmScript y a los profesionales empleados o contratados por PharmScript (cada uno de ellos, un "Proveedor") a administrar la vacuna que he solicitado anteriormente como una serie de tratamientos de dos dosis administradas en un intervalo de 19 a 23 días (los "Servicios"). El alcance de este consentimiento incluye la deliberación sobre la(s) vacuna(s) y su administración entre PharmScript y otros profesionales de la salud con fines de prestación sanitaria y tratamiento. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento presentando una solicitud por escrito.

Continúa en la página siguiente.

SECCIÓN 3: CONSENTIMIENTO

Lea las siguientes declaraciones y firme abajo en la línea de la firma.

Declaro que se me ha informado de lo siguiente:

- El propósito de los Servicios es administrar la vacuna que he solicitado.
- El(Los) Proveedor(es) me proporcionarán información adicional sobre los riesgos asociados con los Servicios, que dependerán de mis diagnósticos específicos y mi estado de salud.
- Administrar vacunas no es una ciencia exacta y no hay garantías en cuanto a los resultados de los Servicios que se me proporcionan.
- La naturaleza y el propósito de los Servicios, los beneficios esperados, las complicaciones en potencia conocidas y desconocidas, la probabilidad de alcanzar los objetivos y los riesgos relativos que pueden surgir de los Servicios, junto con los pertinentes riesgos y consecuencias de la falta de tratamiento.

Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna y doy expresamente mi consentimiento, solicitud y autorización para la administración de la vacuna. En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente exonero y eximo de responsabilidad a PharmScript, a cada Proveedor y al personal correspondiente, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, responsables, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de, en relación con, o de cualquier manera relacionada con los Servicios.

Además, autorizo al Proveedor correspondiente a: (a) entregar mi información médica o de otro tipo, incluyendo mis enfermedades transmisibles (incluido el VIH), información sobre salud mental y abuso de drogas/alcohol, a, o a través de la HIE Estatal, a mis profesionales de salud, Medicare, Medicaid, u otros terceros pagadores según sea necesario para efectuar el tratamiento o el pago; (b) presentar una solicitud de reembolso a mi aseguradora por los Servicios; y (c) solicitar que el pago o los beneficios autorizados se hagan en mi nombre al Proveedor aplicable con respecto a los Servicios.

Declaro que, dependiendo de la ley de mi estado, puedo evitar, utilizando un formulario de exclusión autorizado por el estado o, según lo permita la ley de mi estado, un formulario de exclusión ("Formulario de Exclusión") suministrado por el Proveedor: (a) la divulgación de mi información de vacunación por parte del Proveedor a la HIE Estatal o al Registro Estatal; o (b) que la HIE Estatal o el Registro Estatal no comparta la información de mi vacunación con ninguno de mis otros proveedores de atención médica inscritos en el Registro Estatal o en la HIE Estatal. El Proveedor, si mi estado lo permite, me proporcionará un Formulario de Exclusión. Entiendo que puedo necesitar dar mi consentimiento, dependiendo de la ley de mi estado, y en la medida en que sea necesario, por la presente doy mi consentimiento firmando abajo al Proveedor que comunica mi información de vacunación a la HIE Estatal, o a través de la HIE Estatal o Registro Estatal, a las entidades y para los fines descritos en este Formulario de Consentimiento Informado. A menos que proporcione al Proveedor un Formulario de Exclusión firmado, entiendo que mi consentimiento permanecerá vigente hasta que retire mi consentimiento, y que puedo retirar mi consentimiento proporcionando un Formulario de Exclusión cumplimentado al Proveedor o a mi HIE estatal, según corresponda. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si lo retiro, las leyes de mi estado pueden permitir ciertas publicaciones de mi información de vacunación a, o a través de, la HIE Estatal, según lo exija o permita la ley.

Las fotocopias/transmisiones electrónicas/faxes de este consentimiento y cualquier firma han de considerarse como originales válidos.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE ACEPTO VOLUNTARIAMENTE TODO LO ANTERIOR Y QUE SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA DE ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON LO ANTERIOR Y QUE SE HA RESPONDIDO A MIS PREGUNTAS DE FORMA SATISFACTORIA. ENTIENDO LOS BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA VACUNA Y EXPRESAMENTE CONSIENTO, SOLICITO Y AUTORIZO LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA. SE ME HA PROPORCIONADO LA(S) HOJA(S) INFORMATIVA(S) DE LA(S) VACUNA(S) DEL CDC O LA FICHA TÉCNICA DEL PACIENTE DE LA AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) CORRESPONDIENTE A LA VACUNA QUE ESTOY RECIBIENDO.

Si se firma en nombre del paciente, proporcione la siguiente información:

- Soy el representante legal y autorizado del paciente y estoy autorizado a firmar este consentimiento en nombre del paciente.
- El paciente ha aceptado verbalmente todo lo anterior y ha dado su consentimiento verbal, pero no puede firmar físicamente este formulario de consentimiento. El paciente me ha dado verbalmente la autorización para firmar este consentimiento en su nombre.
- El representante legal y autorizado del paciente ha aceptado verbalmente todo lo anterior en nombre del paciente y ha dado su consentimiento verbal en nombre del paciente y la autorización verbal para que este consentimiento se firme.

Nombre en imprenta (firmante):	Firma:	Fecha:
Nombre del tutor:		
Relación con el paciente (si aplica): <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro, especificar Si "Otro", remítase al apartado de testigo		
Testigo (emplear si la relación con el paciente es "Otra"): (opcional)		
Firma:	Nombre en letra de imprenta:	