

Formulario de Consentimiento Para la Vacuna de la Influenza o Neumonía

Buckley's Drug Store
35 E Palisade Ave
Englewood, NJ 07631

Tel. 201-569-1345
Fax 201-568-5354

Apellido (Letra de molde) _____ Nombre (letra de molde) _____

Dirección (letra de molde) _____

Ciudad, Estado, Código Postal (Letra de molde) _____ Número de Teléfono _____

Correo electrónico: _____ (para recibir información)

Sex: M F Fecha de Nacimiento: / / Edad: Años Vacuna: Flu Neumonía

Yo, _____ he leído o se me ha explicado por el personal de la Farmacia Buckley's la información adjunta sobre la Gripe y la vacuna de la gripe y también la neumonía y la vacuna de la neumonía. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la gripe y la vacuna que fueron contestadas a mi satisfacción, y tengo 18 años de edad o más. He sido informado de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Cuestionario de Inmunización para Adultos con vacuna inactivada contra la influenza o Neumonía Por favor, marque: Si o No

1. ¿Está usted moderadamente o gravemente enfermo hoy? (Por ejemplo: fiebre, enfermedades respiratorias)..... Si N
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a una dosis previa de?:
 - ¿La vacuna de la influenza (gripe)? Si N
 - ¿Otra vacuna?..... Si N
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a?:
 - ¿Huevos de pollo o proteínas del huevo, pollo o plumas? Si N
 - ¿El timerosal (un preservativo en algunas vacunas y algunas soluciones para lentes de contacto)?..... Si N
4. ¿Ha tenido alguna vez?
 - ¿Síndrome de Guillain-Barre (una enfermedad con debilidad muscular súbita)?..... Si N
 - ¿Trastorno neurológico inestable activo? Si N

Entiendo que lesiones graves o la muerte pueden resultar de cualquier inmunización y en consideración de las vacuna(s) indicada(s) arriba, asumo voluntariamente el riesgo y acepto responsabilidad plena por cualquier y todas las lesiones y la muerte que pueda ocurrir como resultado de mi inmunización. Estoy de acuerdo en liberar a Carlbert Drugs, Inc., d/b/a Buckley's Drug Store sus agentes de la tienda, representantes, empleados, funcionarios, agentes, sucesores y herederos de cualquier y toda responsabilidad que me haya dado (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) la inmunización de la gripe o la neumonía. Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y mantener los indemnizados de cualquier reclamación presentada por cualquier persona (incluida la persona en cuyo nombre estoy firmando). Entiendo que no hay garantía de que la vacuna previene la gripe o la neumonía. Me han explicado los beneficios y efectos secundarios de la(s) vacuna(s) y solicito que la vacuna se me aplique.
Mi firma en este formulario significa que toda la información proporcionada en esta solicitud y formulario de consentimiento son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta forma y mi firma al final de este párrafo son vinculantes para mí y mis herederos, sucesores y representantes legales y personales, así como las de la persona en cuyo nombre estoy firmando. Si yo no soy la persona que recibe la vacuna, yo certifico que tengo la autoridad para dar este consentimiento para la persona que recibirá la vacuna.

Firma del Participante: _____ Date: / /

Para los participantes menores de edad (menos de 19 años de edad)

Nombre legal del tutor (letra de molde) _____ Relación con el menor _____ Teléfono _____

Firma legal del Tutor: _____

Para los Miembros de Medicare-Parte B Solamente:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____ Letra al final del Número: _____

Certifico que no soy miembro de un HMO (Health Maintenance Organization). Doy fe de que Medicare Parte B es mi seguro médico y que seré responsable por cubrir los cargos de \$30 en caso que Medicare rechace mi vacuna.

Signature: _____

Pago: Cash Check Medicare CC Otro

Costo de	Vacuna	Número del	Dosis	Ruta/Sitio
\$30.00	Influenza HD		0.5 ml	IM ARM L
	Influenza	1411101	0.5 ml	IM ARM
\$80.00	Neumonía		0.5 ml	IM ARM

Vacuna Administrada por: _____ RPh, PharmD, RN Fecha: / / 2014 Hora: am pm