



Place Rx Label Here  
(Solo para uso farmacéutico)

# Registro de administración de vacunas (VAR)

## SECCIÓN 1: Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Etnia:  Hispano o Latino  No hispano o latino

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Blanco  Isleño del Pacífico o Nativo de Hawái  Otro

## SECCIÓN 2: Selección de inmunizaciones

¿Qué vacuna(s) se van a administrar?:  Gripe  RSV  Herpes zóster  Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)  COVID  Neumonía  Hepatitis  Otro: \_\_\_\_\_

*Solo para uso en farmacia*  
Confirmed with patient prior to administration:  
\_\_\_\_\_  
Immunizer Initials

## SECCIÓN 3: Cuestionario de Inmunización (Preguntas relativas a la persona a vacunar)

- |  |   |
|--|---|
| 1. En los últimos 14 días, ¿se ha sentido enfermo con fiebre, tos o dificultad para respirar? o dio positivo en la prueba de COVID-19, estuvo expuesto a alguien que dio positivo en la prueba de COVID-19 o ¿está enfermo actualmente?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |
| 2. ¿Tienes alergias a medicamentos, alimentos, látex o un ingrediente de la vacuna? (ejemplos: polietilenglicol, polisorbato, huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol o levadura)   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |
| 3. ¿Alguna vez has tenido una reacción grave después de recibir alguna vacuna? (ejemplos: anafilaxia, MIS, miocarditis)  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |
| 4. ¿Tienes algún problema de salud a largo plazo? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Fuga de líquido cefalorraquídeo <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |
| 5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, asplenia u otra afección que pueda debilitar el sistema inmunitario?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |
| 6. ¿Alguna vez has tenido una convulsión, un trastorno cerebral o del sistema nervioso, o el síndrome de Guillain-Barré?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |
| 7. <b>Para las mujeres:</b> ¿Está embarazada, amamantando o podría estar embarazada en el próximo mes?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |
| 8. ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea (es decir, prueba de tuberculosis) en las últimas 4 semanas?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro |

## SECCIÓN 4: Consentimiento para la vacunación

Certifico que soy: (i) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (ii) el padre o tutor legal del Paciente menor de edad; o (iii) el tutor legal del Paciente. Además, por la presente doy mi consentimiento al proveedor de atención médica de HomeTown Pharmacy para administrar la(s) vacuna(s) que he solicitado. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la recepción de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con las vacunas solicitadas y he recibido y entiendo la Hoja de información de vacunas para estas vacunas. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que las preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Además, reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del área de vacunación durante 15 minutos para que el proveedor de atención médica lo observe. En mi nombre, en el de mis herederos y en el de mis representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad a HomeTown Pharmacy, su personal, agentes y empleados de todas las responsabilidades o reclamaciones, conocidas o desconocidas, que surjan de, en relación con, o de alguna manera relacionadas con la administración de estas vacunas. Autorizo a HomeTown Pharmacy a divulgar cualquier información médica o de otro tipo a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid u otro pagador externo necesario para efectuar la atención o el pago y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a HomeTown Pharmacy con respecto a las vacunas recibidas. Si se determina que esta vacuna no es un beneficio cubierto, HomeTown Pharmacy puede facturarme directamente por la vacuna y la administración.

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

Nombre del Padre/Tutor (LETRA IMPRESA): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente:  Madre  Padre  Tutor  Yo

## SOLO PARA USO FARMACÉUTICO

Vaccine	Manufacturer	Lot # / Expiration	Date on VIS	Site
1.				<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> SQ
2.				<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> SQ
3.				<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> SQ

Immunizer Signature: \_\_\_\_\_

Date Immunization & VIS Provided: \_\_\_\_\_