



Place Rx Label Here
(Pharmacy Use Only)

Registro de administración de vacunas (VAR)

SECCIÓN 1: Información para el paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Número de seguro social: _____ Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

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

SECCIÓN 2: Cuestionario de inmunización (las preguntas se refieren a la persona que debe vacunarse)

1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
2. En los últimos 14 días, ¿se ha sentido enfermo con fiebre, tos o dificultad para respirar? o dio positivo por COVID-19 o tuvo exposición a alguien que dio positivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
3. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex, 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
4. ¿Alguna vez ha 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
5. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Fuga de líquido cefalorraquídeo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
6. ¿Tiene cáncer, leucemia, HIV/AIDS, asplenia u otra afección que pueda debilitar el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
7. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunitario (ejemplos: prednisona > 20 mg/día u otro esteroide equivalente durante más de 2 semanas, medicamentos contra el cáncer, Humira®, Remicade® o Enbrel®, metotrexato, azatioprina) o ha recibido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
8. ¿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
9. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre/productos sanguíneos o ha recibido inmunoglobulina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
10. Para las mujeres: ¿Está embarazada, amamantando o podría estarlo en el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
11. ¿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
12. ¿Alguna vez te has sentido mareado o desmayado antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
13. ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
14. Para niños menores de 18 años: ¿El niño debe vacunarse con aspirina o terapia que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro
15. ¿La persona debe vacunarse con medicamentos antivirales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro

SECCIÓN 3: Consentimiento para la vacunación

Certifico que soy: (i) el paciente y al menos 18 años de edad; (ii) el padre o tutor legal del Paciente menor; o (iii) el tutor legal del Paciente. Además, 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 asociadas 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 me han aconsejado que permanezca cerca del área de vacunación durante 15 minutos para que el proveedor de atención médica que me administre lo observe. En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad a HomeTown Pharmacy, su personal, agentes y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de, en conexión con, o de alguna manera relacionada con la administración de estas vacunas. Autorizo a HomeTown Pharmacy a divulgar cualquier información médica o de otro tipo a mis profesionales de atención médica, Medicare, Medicaid u otro tercero pagador 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 la(s) vacuna(s) recibida(s). 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 (IMPRESIÓN): _____

Relación con el paciente: Madre Padre Guardián Propio

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: _____