

**SECCION A-1** Por favor escriba legiblemente.

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mujer  Hombre Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del LTCF: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del Paciente: \_\_\_\_\_

**Deseo recibir la(s) siguiente(s) vacuna(s): Vacuna COVID-19**

**SECCION A-2** Certifico que yo soy: a) El paciente y tengo por lo menos 18 años de edad; b) El tutor legal del paciente; o c) Una persona autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente cuando éste no sea competente o no pueda dar su consentimiento por sí mismo. Además, por la presente doy mi consentimiento a Walgreens o Duane Reade y al profesional de la salud autorizado que administre la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos un "Proveedor aplicable"), para que administren la(s) vacuna(s) que he solicitado anteriormente. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la administración de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) anterior(es) y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de la AUE sobre la(s) vacuna(s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Además, reconozco que se me ha aconsejado que el paciente permanezca cerca del lugar de la vacunación para su observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración. En nombre del paciente, sus herederos y representantes personales, por medio de la presente libero y eximo de responsabilidad a cada uno de los Proveedores aplicables, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, oficiales, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamos, ya sean conocidos o desconocidos, que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionados con la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s) anteriormente.

Reconozco que: (a) Entiendo los propósitos/beneficios del registro de vacunas de mi estado ("Registro Estatal") y el intercambio de información de salud de mi estado ("HIE Estatal"); y (b) el Proveedor aplicable puede divulgar mi información de vacunación al Registro Estatal, a la HIE Estatal, o a través de la HIE Estatal al Registro Estatal, o a cualquier agencia o autoridad gubernamental estatal o federal ("Agencias Gubernamentales"), como a Departamentos de Salud estatales, del condado, o locales o el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal (HHS por sus siglas en inglés), el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), o sus respectivos designados, según lo requiera la ley, con el fin de informar sobre la salud pública, o a mis proveedores de cuidados de salud inscritos en el Registro Estatal y/o el HIE Estatal con el fin de coordinar los cuidados. Reconozco que, dependiendo de la ley de mi estado, puedo evitarlo utilizando un formulario de exclusión aprobado por el estado o, según lo permitido por la ley de mi estado, un formulario de exclusión ("Formulario de Exclusión") proporcionado por el Proveedor aplicable: (a) la divulgación de mi información de vacunación por el Proveedor aplicable a la HIE Estatal y/o Registro Estatal; o (b) la HIE Estatal y/o Registro Estatal de compartir mi información de vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de cuidado de salud inscritos en el Registro Estatal y/o HIE Estatal. El Proveedor aplicable, si mi estado lo permite, me proporcionará un Formulario de Exclusión. Entiendo que, dependiendo de la ley de mi estado, podría necesitar consentir específicamente, y, hasta el punto requerido por la ley de mi estado, al firmar abajo, por la presente doy mi consentimiento para que el Proveedor aplicable reporte mi información de vacunación a las Agencias de Gobierno, HIE Estatal, o a través de la HIE Estatal y/o Registro Estatal a las entidades y para los propósitos descritos en este formulario de Consentimiento Informado. A menos que proporcione al Proveedor aplicable un Formulario de Exclusión firmado, entiendo que mi consentimiento permanecerá en vigor hasta que retire mi permiso y que puedo retirar mi consentimiento proporcionando un Formulario de Exclusión completado al Proveedor aplicable y/o a mi HIE Estatal, según corresponda.

Entiendo que aunque no dé mi consentimiento o retire mi consentimiento, las leyes de mi estado o la ley federal pueden permitir ciertas divulgaciones de la información de mi vacuna a o a través de la HIE Estatal o a Agencias Gubernamentales según lo requiera o permita la ley. Además, autorizo al Proveedor aplicable a: (a) revelar mi información médica o de otro tipo, incluyendo cualquier enfermedad transmisible (incluyendo el VIH), e información de salud mental, a, o a través de, la HIE Estatal o Agencias Gubernamentales a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid, u otro tercero pagador como sea necesario para efectuar el cuidado o el pago; (b) presentar un reclamo a mi asegurador por los artículos y servicios solicitados arriba; y (c) solicitar que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al Proveedor aplicable con respecto a los artículos y servicios solicitados arriba. Además, acepto ser plenamente responsable financieramente de cualquier cantidad de participación en los costos, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles, por los artículos y servicios solicitados, así como por cualquier artículo y servicio solicitado que no esté cubierto por los beneficios de mi seguro. Entiendo que cualquier pago por el cual soy financieramente responsable se debe pagar en el momento del servicio o, si el Proveedor correspondiente me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura. Walgreens podrá divulgar la información de sus vacunas de esta visita por motivos de salud pública y enviará esta información al Director Médico o al Administrador de la LTCF identificada anteriormente. Si usted es un empleado de la LTCF, Walgreens enviará la información de sus vacunas a su empleador según se requiera.

Nombre en Letra Impresa: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente/ Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SECCION B-1 PREGUNTAS DE EVALUACIÓN.** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para ser vacunado hoy.

1. Se siente enfermo hoy?  Sí  No  No se
2. Tiene alguna condición de salud, tales como enfermedades cardíacas, diabetes o asma?  Sí  No  No se  
De ser sí, por favor detállelas: \_\_\_\_\_
3. Es usted alérgico al látex, a los medicamentos, a alimentos o a vacunas (ejemplos: huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)?  Sí  No  No se  
De ser sí, por favor detállelas: \_\_\_\_\_
4. Ha tenido alguna vez una reacción después de recibir una vacuna, incluyendo desmayos o mareos?  Sí  No  No se
5. Ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo por el que esté tomando medicamentos anticonvulsivos, un trastorno cerebral, el síndrome de Guillain-Barré (una afección que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso?  Sí  No  No se
6. **Para las mujeres:** Está embarazada o considerando quedar embarazada en el próximo mes?  Sí  No  No se

**SECCION B-2** Certifico que yo soy: a) El paciente y tengo por lo menos 18 años de edad; b) El tutor legal del paciente o su representante; o c) Un representante de la LTCF y, basado en la observación clínica, tengo suficiente conocimiento de la condición del paciente para responder a las Preguntas de Evaluación. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.

Paciente/Representante del LTCF: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SECCION C SEGURO – A COMPLETAR POR PACIENTE SI ES APLICABLE**

Por favor, asegúrese de registrar TANTO LOS datos de la farmacia COMO los del seguro médico, ya que hay múltiples formas de facturar las vacunas en Walgreens.

No-Medicare:	Tarjeta Farmacia	Tarjeta Médica
Plan de Seguro/Plan ID:		
ID # Miembro/Receptor:		
RX BIN:		N/A
RX PCN:		N/A
Número de Grupo:		

Medicare:	Medicare Parte B
Número Medicare:	

\*Número de Reclamación de Medicare (MCN) para las tarjetas distribuidas antes de 2018.

Es el paciente el tarjetahabiente?  Si  No

De no serlo, favor proporcione el nombre, fecha de nacimiento (MM/DD/AAA) y parentesco del tarjetahabiente: \_\_\_\_\_

**SECTION D HEALTHCARE PROVIDER ONLY**

Complete **BEFORE** vaccine administration

- I have reviewed the **Patient Information** and **Screening Questions**. Initial here: \_\_\_\_\_
  - I have verified that this is the **vaccine requested** 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. Initial here: \_\_\_\_\_
- 3a. Does this patient have a high-risk medical condition?  Yes  No  
If yes, please list medical condition(s): \_\_\_\_\_
- The **Vaccine NDC matches** the NDC on the bottom of this VAR form and the NDC on the patient leaflet. (Perform **3-way NDC match**.) Initial here: \_\_\_\_\_
  - I have verified the **Expiration Date** is greater than today's date and have entered the **Lot # and Expiration Date** in the field below. Initial here: \_\_\_\_\_

**SECCION E Completar DURANTE la interacción con el paciente**

- Confirmo el **Nombre del paciente**, la **FDN** y la **Vacuna Solicitada**, y he verificado que coincide con la información del formulario VAR. Iniciales aquí: \_\_\_\_\_
- He revisado las Preguntas de Evaluación y las respuestas. Iniciales aquí: \_\_\_\_\_
- He proporcionado una Hoja Informativa de la AUE al paciente o al representante de la LTCF. Iniciales aquí: \_\_\_\_\_

**SECTION F**

Completar **DESPUES** de la administración de la vacuna

Vacuna	NDC	Fabricante	Dosis	<input type="checkbox"/> Dosis 1	Lugar de administración	Fecha de Publicación de Hoja Informativa de la AUE
				<input type="checkbox"/> Dosis 2		

Nombre del Clínico (Impreso): \_\_\_\_\_ Firma del Clínico: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Nombre del practicante/técnico (impreso), si aplica: \_\_\_\_\_ Fecha de administración: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega de la Hoja Informativa de la AUE al paciente: \_\_\_\_\_

# DE LOTE DE LA VACUNA COVID-19 \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO DE LA VACUNA COVID-19 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 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.