

If the patient is requesting a flu vaccination, indicate the patient's age group: <input type="checkbox"/> Under 65 years of age (Fluvirin, Flucelvax and Fluarix) <input type="checkbox"/> Age 65 or older (Fluad, Fluzone HD or any of the above)	OFF-SITE CLINIC BILLING GROUP: _____	Store number: 11828 Store address: 909 S MAIN ST, BLOOMINGTON, IL 61701 Rx number: _____
---	--------------------------------------	---

**SECCIÓN A** Por favor escriba en letra de imprenta.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:**  Femenino  Masculino **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Dirección del domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_  
**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_ **Dirección de email:** \_\_\_\_\_

**Walgreens enviará a su médico/proveedor de atención primaria la información sobre vacunación correspondiente a esta visita mediante la información de contacto provista a continuación.**

**Nombre del médico/proveedor de atención primaria:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Solicito la(s) siguiente(s) vacuna(s):** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy.

- Todas las vacunas**
1. ¿Se siente enfermo hoy?  Sí  No  No lo sé
  2. ¿Tiene algún problema de salud como cardiopatía, diabetes o asma? Si la respuesta es "sí", por favor enumere sus condiciones de salud: \_\_\_\_\_  Sí  No  No lo sé
  3. ¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas? (Por ejemplo: huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimicina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)? Si la respuesta es "sí", por favor enumere sus alergias: \_\_\_\_\_  Sí  No  No lo sé
  4. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción después de recibir una vacuna, incluyendo desmayos o sensación de mareo?  Sí  No  No lo sé
  5. ¿Alguna vez ha tenido trastornos convulsivos que requieran algún medicamento, trastornos cerebrales, el síndrome de Guillain-Barré (un padecimiento que causa parálisis) u otros problemas del sistema nervioso?  Sí  No  No lo sé
  6. **Para mujeres:** ¿Está embarazada o cree que va a estar embarazada para el próximo mes?  Sí  No  No lo sé

**Para la varicela, MMR<sup>®</sup> II, culebrilla y fiebre amarilla solamente:**  
 Responder a estas preguntas solo si va usted a recibir alguna de las vacunas mencionadas anteriormente.

7. ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas cuatro a ocho semanas? Si la respuesta es "sí", por favor enumérelas: \_\_\_\_\_  Sí  No  No lo sé
8. ¿Tiene alguna afección que pueda debilitar su sistema inmunológico? (v.gr.: cáncer, leucemia, linfoma, VIH / SIDA, trasplante)?  Sí  No  No lo sé
9. ¿Actualmente recibe infusiones en el domicilio, inyecciones semanales como Humira<sup>®</sup> (adalimumab), Remicade<sup>®</sup> (infliximab) y Enbrel<sup>®</sup> (etanercept), dosis altas de metotrexato, azatioprina o 6-mercaptopurina, antivirales, medicamentos anticancerosos o tratamientos de radiación?  Sí  No  No lo sé
10. ¿Actualmente ha recibido terapia con alta dosis de esteroides (prednisona > 20mg/por día o algún equivalente) durante más de 2 semanas?  Sí  No  No lo sé
11. ¿Durante el año pasado recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamaglobulina)?  Sí  No  No lo sé
12. ¿Ha padecido trastornos del timo (incluyendo miastenia gravis, el síndrome de DiGeorge o timoma) o le han extirpado el timo? (solo para la vacuna contra la fiebre amarilla)  Sí  No  No lo sé
13. ¿Tiene antecedentes de padecer trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (solo para MMR<sup>®</sup> II)  Sí  No  No lo sé

**SECTION C**

Certifico que soy: (a) el paciente, con un mínimo de 18 años de edad; (b) el padre o tutor legal del paciente menor de edad; o (c) el tutor legal del paciente. Además, por la presente doy mi consentimiento a Walgreens o Duane Reade y al profesional de salud autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos un "Proveedor correspondiente"), para administrar la(s) vacuna(s) que he solicitado anteriormente. Entiendo que no es posible predecir posibles complicaciones o efectos secundarios asociados 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 las Declaraciones de Información sobre la(s) vacuna(s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Además, reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del lugar de vacunación para observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración. En mi nombre, el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de toda responsabilidad a cada uno de los proveedores correspondientes, su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados por cualquier reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s) anteriormente, o que esté relacionada con ella(s) de cualquier manera. Admito y reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios del Registro de Vacunación Estatal ("Registro Estatal") y el Intercambio de Información de Salud del Estado ("HIE del Estado"); y (b) el Proveedor correspondiente puede revelar mi información de vacunación al Registro Estatal, al HIE del Estado, o a través del HIE del Estado al Registro Estatal, para propósitos de informes de salud pública, o a mis proveedores de salud inscritos en el Registro Estatal y/o el HIE del Estado para propósitos de coordinación de cuidado de salud. Reconozco que, dependiendo de la ley estatal, puedo prevenir, mediante el uso de un formulario de exclusión aprobado por el estado o, según lo permitido por la ley estatal, un formulario de exclusión ("Formulario de exclusión") proporcionado por el Proveedor correspondiente: (a) la divulgación de mi información de vacunación al HIE del Estado y/o al Registro Estatal por el Proveedor correspondiente; o (b) que el HIE del Estado y/o el Registro Estatal compartan mi información de vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de salud inscritos en el Registro Estatal y/o el HIE del Estado. El Proveedor correspondiente, si el estado lo permite, me proporcionará un formulario de exclusión. Entiendo que, dependiendo de la ley estatal, puede ser requerido dar mi consentimiento específico, y hasta el punto requerido por la ley estatal, al firmar abajo, por la presente doy mi consentimiento para que el Proveedor correspondiente reporte mi información de vacunación al HIE del Estado, o a través del HIE del Estado y/o el Registro Estatal a las entidades y para los propósitos descritos en este formulario de Consentimiento Informado. A menos que yo proporcione al Proveedor correspondiente 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 correspondiente y/o al HIE del Estado, según corresponda. Entiendo que aunque no consienta o retire mi consentimiento, las leyes estatales pueden permitir ciertas divulgaciones de la información sobre mi vacunación a, o a través de, el HIE del Estado, según lo requiera o permita la ley. También autorizo al Proveedor correspondiente a revelar mi prueba de vacunación, o la de mi hijo (o un menor no emancipado para el que estoy autorizado a actuar como tutor o in loco parentis), a la escuela donde yo estudio o estudia mi hijo (o un menor no emancipado para el que estoy autorizado a actuar como tutor o in loco parentis). Además, autorizo al Proveedor correspondiente a: (a) revelar mi información médica o de otro tipo, como alguna enfermedad transmisible (incluyendo el VIH), información sobre salud mental y abuso de drogas/alcohol, a, o a través de, el HIE del Estado a mis profesionales de salud, Medicare, Medicaid, u otro tercer pagador según sea necesario para efectuar el cuidado o el pago correspondiente; (b) presentar una solicitud de reembolso a mi aseguradora por los artículos y/o servicios solicitados anteriormente; y (c) solicitar que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al Proveedor correspondiente con respecto a los artículos y/o servicios solicitados anteriormente. Además, acepto la plena responsabilidad financiera por cualquier pago de costo compartido, incluidos copagos, coaseguros y deducibles derivados de los artículos y/o servicios solicitados, así como de cualquier artículo y/o servicio solicitado que no esté cubierto por los beneficios de mi plan de salud. Entiendo que cualquier pago por el cual tenga plena responsabilidad financiera se debe realizar en el momento del servicio o, si el Proveedor correspondiente me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
 (Madre / Padre / Tutor legal si el paciente es menor de edad)

