

Número de tienda: _____
 Número de Rx: _____
 Dirección de la tienda: _____

SECCIÓN A Por favor, escriba claramente.

Nombre: _____ **Apellido:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Género:** Femenino Masculino **Teléfono:** _____
 Deseo recibir alertas por mensaje de texto sobre mis recetas.
Dirección del domicilio: _____ **Ciudad:** _____
Estado: _____ **Código Postal:** _____ **Correo electrónico:** _____
Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico Negro o afroamericano Blanco
 Otra raza _____ Desconocida _____
Etnia: Hispano o Latino No hispano o latino Etnia desconocida _____

Walgreens enviará la información de vacunación de esta visita a su médico/proveedor de atención primaria utilizando la información de contacto proporcionada a continuación

Nombre del médico/proveedor de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
 Quiero recibir la(s) siguiente(s) vacuna(s): _____

SECCIÓN B Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para ser vacunado hoy.

Todas las vacunas

- ¿Se siente enfermo hoy? Sí No No sé
- ¿Le han diagnosticado o ha dado positivo en COVID-19 en los últimos 14 días? Sí No No sé
- En los últimos 14 días, ¿ha sido identificado como persona con contacto cercano a alguien con COVID-19? Sí No No sé
- ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas o alergias al látex, a los medicamentos, a los alimentos o a las vacunas (ejemplos: polietilenglicol, polisorbato, huevos, proteínas bovinas, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)? Sí No No sé
De ser así, por favor, indique: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción después de recibir una vacuna, como un desmayo o una sensación de mareo? Sí No No sé
- ¿Ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo para el que esté tomando medicinas anticonvulsivas, un trastorno cerebral, el síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad que provoca parálisis) u otro problema del sistema nervioso? Sí No No sé
- ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas ocho semanas? Sí No No sé
De ser así, por favor, indique: _____
- ¿Ha recibido las siguientes vacunas?
 Neumonía: Fecha recibida _____ Herpes: Fecha recibida _____ Tos ferina: Fecha recibida _____
- ¿Tiene algún problema de salud crónico, como cáncer, enfermedad renal crónica, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar crónica, obesidad, anemia falciforme, diabetes o enfermedad cardíaca? Sí No No sé
De ser así, por favor, indique: _____
- Para las mujeres: ¿Está usted embarazada o piensa embarazarse en el próximo mes? Sí No No sé
- Sólo para la vacuna COVID-19: ¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos específica para COVID-19 (anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia)? Sí No No sé

Sólo para varicela, MMR @II, herpes zóster, Vaxchora®, fiebre amarilla:

Responda a las siguientes preguntas sólo si está recibiendo alguna de las vacunas mencionadas anteriormente.

- ¿Tiene alguna enfermedad que pueda debilitar su sistema inmunitario (por ejemplo, cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA, trasplante)? Sí No No sé
- ¿Está recibiendo actualmente infusiones en casa, inyecciones semanales como Humira® (adalimumab), Remicade® (infliximab) o Enbrel® (etanercept), dosis altas de metotrexato, azatioprina o 6-mercaptopurina, antivirales, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación? Sí No No sé
- ¿Está recibiendo actualmente un tratamiento con dosis altas de esteroides (prednisona > 20 mg/día o equivalente) durante más de 2 semanas? Sí No No sé
- ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año? Sí No No sé
- ¿Tiene antecedentes de enfermedad del timo (incluyendo miastenia gravis, síndrome de DiGeorge o timoma), o le han extirpado el timo? (sólo para la fiebre amarilla) Sí No No sé
- ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (sólo para la triple vírica) Sí No No sé
- ¿Ha consumido algún alimento o bebida en la última hora? (Vaxchora® sólo) Sí No No sé
- ¿Ha tomado antibióticos en los últimos 14 días o antimetabólicos en los últimos 10 días? (Sólo Vaxchora®) Sí No No sé

SECCIÓN C

Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente; o (c) una persona autorizada a 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 sanitario 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 asociados con la recepción de la(s) vacuna(s). Comprendo los riesgos y beneficios asociados a la(s) vacuna(s) anterior(es) y he recibido, leído y/o me han explicado la hoja informativa de la EUA 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 el paciente debe permanecer cerca del lugar de vacunación para su observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración. En nombre del paciente, sus herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad a cada uno de los Proveedores aplicables, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarios, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, conocida o desconocida, que surja de la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s), o que esté relacionada de alguna manera con ella(s). Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios del registro de vacunación de mi estado ("Registro Estatal") y el intercambio de información de salud de mi estado ("HIE Estatal"); y (b) el Proveedor correspondiente puede divulgar mi información de vacunación al Registro Estatal, al HIE Estatal, o a través del HIE Estatal al Registro Estatal, o a cualquier agencia o autoridad gubernamental estatal o federal ("Agencias Gubernamentales"), como los Departamentos de Salud estatales, del condado o locales, o el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, o sus respectivos designados, según lo requiera la ley, para fines de información de salud pública, o a mis proveedores de atención médica inscritos en el Registro Estatal y/o el HIE Estatal para fines de coordinación de la atención. Reconozco que, dependiendo de la legislación de mi estado, puedo impedirlo utilizando un formulario de exclusión aprobado por el estado o, según lo permita la legislación de mi estado, un formulario de exclusión ("Formulario de exclusión") proporcionado por el Proveedor correspondiente; (a) la divulgación de mi información de vacunación por parte del Proveedor correspondiente al HIE estatal y/o al Registro estatal; o (b) que el HIE estatal y/o el Registro estatal compartan mi información de vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de atención médica inscritos en el Registro estatal y/o el HIE estatal. El proveedor correspondiente, si mi estado lo permite, me proporcionará un formulario de exclusión. Entiendo que, dependiendo de la ley de mi estado, es posible que tenga que dar un consentimiento específico y, en la medida en que lo exija la ley de mi estado, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el Proveedor correspondiente comunique mi información de vacunación a las Agencias Gubernamentales, al HIE del Estado o a través del HIE del Estado y/o del Registro del Estado a las entidades y para los fines descritos en este Formulario de Consentimiento Informado. A menos que 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 de mi Estado, según corresponda. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si lo retiro, las leyes de mi estado o la ley federal pueden permitir ciertas divulgaciones de mi información de vacunación a o a través del HIE del Estado o a las Agencias Gubernamentales según lo requiera o permita la ley. Además, autorizo al Proveedor correspondiente a (a) divulgar mi información médica o de otro tipo, incluida cualquier enfermedad transmisible (incluido el VIH) e información de salud mental, a o a través del HIE del Estado o las Agencias Gubernamentales a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid u otro tercero pagador, según sea necesario para efectuar la atención o el pago; (b) presentar una reclamación a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados anteriormente; y (c) solicitar que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al Proveedor correspondiente con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asimismo, acepto ser plenamente responsable de los gastos compartidos, incluidos los copagos, el coseguro y las franquicias, por los artículos y servicios solicitados, así como por los artículos y servicios solicitados que no estén cubiertos por las prestaciones de mi seguro. Entiendo que cualquier pago por el que soy financieramente responsable debe realizarse en el momento del servicio o, si el Proveedor correspondiente me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura. Walgreens o sus filiales pueden ponerse en contacto con usted, incluso mediante llamadas automáticas y pregrabadas y mensajes de texto, en cualquier momento, utilizando la información de contacto proporcionada en su registro de paciente en relación con asuntos de salud y seguridad, como recordatorios de vacunas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
 (Padre o tutor, si es menor de edad)

SECCIÓN D**SEGURO- PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA COMPLETAR**

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

	Tarjeta de farmacia	Tarjeta médica
Plan de seguro/ identificación del plan:		
Número de identificación del miembro/receptor:		
RX BIN:		N/A
RX PCN:		N/A
Número de grupo:		

Medicare	Medicare Parte B
Número de Medicare:*	
Últimos 4 dígitos del SSN:†	

*Número de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
† Sólo para fines de confirmación del seguro.

SÓLO LA VACUNA COVID-19

Si no está asegurado: Doy fe de que no tengo ningún seguro médico o de farmacia. Sí

Licencia de conducir/número de identificación estatal *(marque uno)	Estado emisor: _____
*Para verificación y cobertura	Iniciales aquí: _____

Sólo para el proveedor de salud: El individuo se negó a proporcionar información sobre el seguro cuando intenté obtener la información sobre el seguro del individuo. Sí

Ud. es el titular de la tarjeta Sí No

De no ser así, indique el nombre del titular de la tarjeta, su fecha de nacimiento (MM/DD/AA) y su relación:

SECTION E**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 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): _____
- I have discussed with the patient additional immunizations the patient may be eligible for based on age and/or health conditions. Initial here: _____
- 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: _____
- I have made every attempt to obtain and confirm patient insurance information. Initial here: _____

For COVID-19, Shingrix®, MMR ®II, Varivax®, YF-Vax®, Menveo®, Imovax®, Vaxchora ®and RabAvert®, ensure the vaccine is reconstituted following the package insert's instructions.

SECTION F**Complete DURING the patient interaction**

- I have asked the patient to confirm their **Name, DOB and Requested Vaccine** and verified it matches the information on the VAR form. Initial here: _____
- I have reviewed the **Screening Questions** with the patient. Initial here: _____
- I have reviewed the **VIS/Patient Fact Sheet** with the patient. Initial here: _____

SECTION G**Complete AFTER vaccine administration**

Vaccine	NDC	Manufacturer	Dosage	Dose# (if applicable)	Site of Administration	Vaccine Lot #	Vaccine Expiration	Diluent Lot # (if applicable)	Diluent Expiration (applicable)	VIS/Patient Fact Sheet Published Date

Clinician's name (print): _____ Clinician signature: _____ Title: _____

If applicable, intern/tech name (print): _____ Administration date: _____

Date EUA Fact Sheet/VIS given to patient: _____

Notes**Reminder**

- Update the patient's record with any new allergy, health condition or primary care provider information.
- Enter vaccine lot #, expiration date and site of administration, then scan the VAR form into the patient's record.