



165 Nutt Rd Phoenixville, PA 19460 · Teléfono: 610-933-2609 · Fax: 610-933-3654 Monday -
 Sábado:
 8:00 a.m.-9:00 p.m. · Domingo:9:00 a.m.- 7:00 p.m.
 TheGatewayPharmacy.com

Formulario de detección y consentimiento de inmunización COVID-19

Información del receptor de vacunas				
Nombre del destinatario: <i>(Por favor, imprima)</i>	Último:	Primero:	M.I.:	
Fecha de nacimiento:		Idioma preferido:		
género		Número de teléfono:		
Nombre del padre/tutor/sustituto: <i>(si corresponde, imprima)</i>		Dirección de correo electrónico:		
Dirección de la calle:			Apartamento/Unidad:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Por favor, responda a las siguientes preguntas dando vueltas a su respuesta				
origen étnico:	De origen no hispano origen hispano origen hispano desconocido			
Carrera:	Asiático afroamericano o blanco negro Otro o Multirracial			
	Nativo americano o nativo de Alaska hawaiano o isleño del Pacífico declinó			
Cuestionario screenign				
1.	¿Te sientes mal hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
2.	En los últimos 10 días, ¿se le ha hecho una prueba de COVID-19 o un proveedor de atención médica o un departamento de salud le han dicho que aísle o ponga en cuarentena en casa debido a una infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
3.	¿Ha sido tratado con terapia con anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis? <i>Fecha:</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
4.	¿Llevas un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tienes alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o látex?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
5.	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días (2 semanas) incluida la vacuna contra la gripe? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo fue su vacuna más reciente? <i>Fecha:</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
6.	¿Está embarazada o amamantando, o está considerando quedarse embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
7.	¿Tienes cáncer, leucemia, VIH/SIDA, antecedentes de enfermedad autoinmune o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido

8.	¿Tomas algún medicamento que afecte tu sistema inmunitario, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o has tenido algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
9.	¿Ha recibido una dosis anterior de cualquier vacuna COVID-19? <i>En caso afirmativo, qué vacuna del fabricante recibió:</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido
10.	¿Tenía algún síntoma de alergia después de una vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> desconocido

Página 1 de 2 – Por favor, entregue para completar y firmar el formulario de consentimiento

Autorización de uso de emergencia

La Administración Federal de Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus partidos unidos) ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus inglés). La AUE se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso urgente de drogas y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición bajo un EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica disponible, lo que demuestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna generalmente superan los riesgos conocidos y potenciales.

Autorización y consentimiento

CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN: Me han proporcionado y he leído, o me han explicado, la hoja de información sobre la vacuna COVID-19. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguraron que a la persona nombrada anteriormente para quien soy tutor también se le dio la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación como se describe. Solicito que me administre la vacuna COVID-19 (o la persona mencionada anteriormente para quien soy tutor). Por la presente libero y descargo para siempre y exteré inofensivo a la Farmacia Gateway, sus funcionarios, empleados, agentes y/o cesionarios (en adelante: Liberaciones), de toda responsabilidad, reclamaciones, demandas y/o causas de acción, ya sea en la ley o en la equidad, que a partir de ahora pueden surgir de mi recepción de la vacuna COVID-19 con respecto a cualquier lesión corporal (incluyendo pero no limitado a posibles reacciones alérgicas e infecciones) u otras lesiones, incluyendo cualquier lesión mental, enfermedad, muerte o daño a la propiedad que pueda resultar. Entiendo que las Liberaciones no asumen ninguna responsabilidad u obligación de proporcionar asistencia financiera u otra asistencia, incluyendo, pero no limitado a un seguro médico, de salud o de discapacidad en caso de lesiones, enfermedad, muerte o daños a la propiedad, a menos que se rija e interprete expresamente de otra manera de acuerdo con las leyes del Commonwealth de Pensilvania. Acepto que en caso de que cualquier cláusula o disposición de esta Liberación sea considerada inválida por cualquier tribunal de jurisdicción competente, la invalidez de dicha cláusula o disposición no afectará a las disposiciones restantes de este Consentimiento y Liberación.

CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD HIPAA: He leído el consentimiento y la liberación anteriores y entiendo sus disposiciones. Entiendo que la participación en este programa de vacunación COVID-19 es completamente voluntaria y no es necesaria. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona mencionada anteriormente para quien soy el tutor legal. Entiendo que no me costará esta vacuna. Entiendo que cualquier dinero o beneficios para administrar la vacuna será asignado y transferido al proveedor vacunador, incluyendo beneficios/dinero de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid u otros terceros que son financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, entre otros, los registros médicos, las copias de reclamaciones y las facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, incluida la presentación de informes a los registros de vacunas aplicables. Por la presente, libre y voluntariamente, sin coacción, ejecuto este Consentimiento y Liberación bajo los términos escritos anteriores.

Firma: <i>Destinatario/Sustituto/Guardián</i>	Fecha:
---	---------------

Nombre de impresión:	Relación con el paciente: <i>Si no es el receptor</i>
-----------------------------	---

NO complete esta sección. Para ser completado por el vacunador

¿Qué vacuna está recibiendo el paciente hoy en día?			
<i>Nombre de la vacuna</i>	<i>administración</i>	<i>Fecha de la hoja informativa de la EUA</i>	Fabricante y número de lote

Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
moderno	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Johnson & Johnson	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Sitio de administración:	<input type="checkbox"/> Deltoide izquierdo	<input type="checkbox"/> Deltoide derecho	<input type="checkbox"/> Muslo izquierdo	<input type="checkbox"/> Muslo derecho
Dosis:	<input type="checkbox"/> 0,5 ml	<input type="checkbox"/> 0,3 ml		
	Por la presente atestigua con mi firma que el paciente (o tutor del paciente) en cuestión ha tenido acceso y explicado la Declaración de Información sobre Vacunas y los calendarios de inmunización apropiados y ha dado su consentimiento verbal y por escrito para la vacunación.			
	He revisado los efectos secundarios con el paciente (y padre, tutor o sustituto, según corresponda)			
	Confirmando que el paciente (y su sustituto, si corresponde) se les dio la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacunación, y todas las preguntas hechas por ellos (y / o su sustituto) han sido respondidas correctamente y lo mejor de mi capacidad.			
Firma de administración:				fecha: