BetterHealth Pharmacy
8615 S Hulen St #115
Fort Worth, TX 76123
(682) 708-3499 www.betterhealthfw.com

RX #_____

Consentimiento de vacunas

Programa de Vacunación de Farmacéuticos

*** Necesario**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (RECIPIENTE DE LA VACUNA)

Apellidos*		**Nombre***	
Fecha de nacimiento*	**Edad***	**Género*** ☐ M ☐ F	**Teléfono***
☐ **Deseo recibir alertas por mensaje de texto sobre mis médicas.**			**Email**
Dirección*		**Ciudad***	**Estado*** **Código postal***

Grupo racial*: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Otro ☐ Desconocido

Ethnicity*: ☐ Hispano o latino ☐ No es hispano ni latino ☐ Desconocido

Describa cualquier condición médica existente:

Quiero recibir las siguientes vacunas*: ☐ Gripe ☐ COVID-19 ☐ Otro _____

Nombre del padre/tutor (si el paciente es menor de edad): **Relación:**

Enviaremos la información de vacunación de esta visita a su médico/proveedor de atención primaria utilizando la información de contacto que se proporciona a continuación.

Nombre del médico/proveedor de salud primaria			**Teléfono**
Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

PREGUNTAS DE DETECCIÓN*		**Sí**	**No**	**No lo sé**
1	¿Te sientes enfermo hoy? (Por ejemplo: un resfriado, fiebre, enfermedad aguda) Fecha de hoy: _____	☐	☐	☐
2	¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o alguna vacuna? (ejemplos: polietilenglicol, polisorbato, huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o timerosal) Anótelas al decir "si"_____	☐	☐	☐
3	¿Alguna vez ha tenido una reacción después de recibir una vacuna, incluidos desmayos o mareos?	☐	☐	☐
4	¿Toma medicamentos anticoagulantes? (Por ejemplo: warfarina, Coumadin u otros anticoagulantes)	☐	☐	☐
5	¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre?	☐	☐	☐
6	¿Ha tenido una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
7	¿Ha tenido una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso? ¿Tiene alguna condición de salud crónica, como cáncer, enfermedad renal crónica, inmunocompromiso, enfermedad pulmonar crónica, obesidad, enfermedad de células falciformes, diabetes, enfermedad cardíaca? Anótelas al decir "si"_____	☐	☐	☐
8	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? Anótelas al decir "si"_____	☐	☐	☐
9	**Para mujeres:** ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐

INFORMACIÓN DEL SEGURO

TARJETA DE FARMACIA

ID	
RX BIN	
RX PCN	
Group	

SEGURO MÉDICO DEL ESTADO

Medicare #*	
SSN	

* Número en tarjeta roja, blanca y azul

¿Usted es el titular de la tarjeta? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "no", escriba el nombre del titular, su fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) y parentesco con el afiliado:

_____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS, INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA Y REGISTROS MÉDICOS

CAPACIDAD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS: Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el padre, madre o tutor legal del paciente; o (c) una persona legalmente autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente. Por la presente, otorgo mi consentimiento a Better Health Pharmacy y a su personal sanitario autorizado ("Proveedor") para administrar la(s) vacuna(s) o el/los tratamiento(s) médico(s) solicitado(s).

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RECONOCIMIENTO DE RIESGOS: Confirmo que he recibido, leído o que se me ha explicado la Declaración de Información sobre la Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) correspondiente, la hoja informativa del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (Texas DSHS) o la Hoja Informativa sobre la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) de la FDA. Comprendo los riesgos y beneficios asociados a la(s) vacuna(s) solicitada(s), he tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo que no existe garantía alguna contra la aparición de reacciones adversas. Acepto permanecer cerca del área de administración durante 15 a 30 minutos después de la vacunación para fines de observación.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN DE SEGURO: Autorizo al Proveedor a divulgar la información médica necesaria a Medicare, Medicaid o a mi compañía de seguros privada con el fin de facturar los servicios prestados. Acepto que soy plenamente responsable, desde el punto de vista financiero, de cualquier copago, deducible, coseguro o servicio que no esté cubierto por mi seguro.

Firma del paciente o tutor:: _____ **Fecha:** _____

© Better Health Pharmacy, LLC. All rights reserved.

- FOR PHARMACY USE ONLY -

PRODUCT	MANUFACTURER	VOL (ML)	DOSE #	SITE	ROUTE	LOT #	EXP DATE	VIS VER. DATE
☐ COVID SPIKEVAX	**Moderna**	**0.5**		**L / R**	**IM**		**/ /**	**1/31/25**
☐ FLUCELVAX	**Sequirus**	**0.5**	**1**	**L / R**	**IM**		**/ /**	**1/31/25**
☐ FLUAD	**Sequirus**	**0.5**	**1**	**L / R**	**IM**		**/ /**	**1/31/25**
☐ AFLURIA	**Sequirus**	**0.5**	**1**	**L / R**	**IM**		**/ /**	**1/31/25**
☐ FLUZONE		**0.5**	**1**	**L / R**	**IM**		**/ /**	**1/31/25**
							/ /	**/ /**
							/ /	**/ /**
							/ /	**/ /**
							/ /	**/ /**

Administering Immunizer:	**Administration Date:**
Signature: _____	

Affix Rx Label

NOTES