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	¿Ha sido diagnosticado o dio positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?	☐	☐	☐
3	En los últimos 14 días, ¿ha sido identificado como contacto cercano de alguien con COVID-19?	☐	☐	☐
4	¿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"_____	☐	☐	☐
5	¿Alguna vez ha tenido una reacción después de recibir una vacuna, incluidos desmayos o mareos?	☐	☐	☐
6	¿Toma medicamentos anticoagulantes? (Por ejemplo: warfarina, Coumadin u otros anticoagulantes)	☐	☐	☐
7	¿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?	☐	☐	☐
8	¿Ha tenido una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
9	¿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"_____	☐	☐	☐
10	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? Anótelas al decir "si"_____	☐	☐	☐
11	¿Alguna vez ha recibido las siguientes vacunas? Si es así, indique la fecha de recepción. ☐ COVID-19: _____ ☐ Neumonía: _____ ☐ Herpes zóster: _____ ☐ Tos ferina: _____	☐	☐	☐
12	**Para mujeres:** ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
13	**Solo para la vacuna COVID-19:** ¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos específicamente para COVID-19 (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente)?	☐	☐	☐
	RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI ESTÁ RECIBIENDO: VARICELA, MMR® II, CULEBRILLA, VAXCHORA®, FIEBRE AMARILLA			
14	¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como la infección por VIH o el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	☐	☐	☐
15	¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
16	Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han administrado inmunoglobulina (gamaglobulina) o un medicamento antiviral?	☐	☐	☐
17	¿Tiene antecedentes de enfermedad del timo (incluyendo miastenia grave, síndrome de DiGeorge o timoma) o le extirparon el timo? (solo para la vacuna contra la fiebre amarilla)	☐	☐	☐
18	¿Tiene antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (Solo Para MMR)	☐	☐	☐
19	¿Ha consumido algún alimento o bebida en la última hora? (Solo Para Vaxchora®)	☐	☐	☐
20	¿Ha tomado antibióticos en los últimos 14 días o antipalúdicos en los últimos 10 días? (Solo Para Vaxchora®)	☐	☐	☐

© Better Health Pharmacy, LLC. All rights reserved.

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:

_____

SOLO PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

☐ **Sin cobertura:** Confirmo que no tengo plan de salud ni plan de farmacia.

Licencia de conducir/ID del estado	
Estado emisor	

Sus Iniciales aqui: _____

FOR PHARMACY USE ONLY

☐ Insurance Search ☐ In RXQ ☐ Uninsured

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

Certifco 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) 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 Better Health harmacy 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 benefcios 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, fliales, 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/benefcios 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 del Estado por el Proveedor correspondiente; o (b) que el HIE del Estado y/o el Registro del Estado compartan mi información de vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de salud inscritos en el Registro del Estado 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 específco, y, hasta el punto requerido por la ley estatal, al frmar 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 del Estado 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 frmado, 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 benefcios autorizados se haga en mi nombre al Proveedor correspondiente con respecto a los artículos y/o servicios solicitados anteriormente. Además, acepto la plena responsabilidad fnanciera 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 benefcios de mi plan de salud. Entiendo que cualquier pago por el cual tenga plena responsabilidad fnanciera se debe realizar en el momento del servicio o, si el Proveedor correspondiente me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura. Mediante la información de contacto provista en su registro de paciente, Better Health Pharmacy y/o sus fliales pueden contactarlo en cualquier momento, vía mensajes de texto o llamadas automáticas y pregrabadas, para asuntos de seguridad y salud, incluyendo recordatorios de vacunas.

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

- 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**		**/ /**	**/ /**
☐ **FLUCELVAX**	☐ **Sequirus**	**0.5**		**L / R**	**IM**		**/ /**	**/ /**
☐ **FLUAD**	☐ **Sequirus**			**L / R**	**IM**		**/ /**	**/ /**
☐ **AFLURIA**	☐ **Sequirus**			**L / R**	**IM**		**/ /**	**/ /**
							/ /	**/ /**
							/ /	**/ /**
							/ /	**/ /**
							/ /	**/ /**
							/ /	**/ /**

Administering Immunizer:	**Administration Date:**
Signature: _____	**Date VIS Given to Patient:**

Affix Rx Label

NOTES

© Better Health Pharmacy, LLC. All rights reserved. Rev 08/07/25