



Family Pharmacy Servicios Clinicos

Formulario de consentimiento para inmunizacion

Tipo de inmunizacion (marque todo lo que aplique)

- Flu (Influenza)
- Flu (65+ años de edad)
- Hep. A (Havrix)
- Twinrix (Hep. A & Hep. B)
- M-M-R
- Shingles (Shingrix)
- HPV (Gardasil)
- Hep. B (Engerix-B)
- TDaP (Boostrix/Adacel)
- Other: _____
- Pneumococcal (Pneumovax)
- Pneumococcal (Prevnar)
- Meningococcal (Menactra)
- Varicella (Varivax)

Nombre de paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Nombre MI Apellido MM/DD/YYYY

Genero: M F **Numero de telefono:** (____) _____

Direccion postal: _____
calle o P.O. Box Ciudad Estado Codigo postal

Doctor familiar: _____ **Metodo de pago:** Pago privado Seguransa

Nombre de seguransa: _____ **ID#:** _____ **Numero de grupo:** _____

<i>Las siguientes preguntas ayudaran a determinar si puede ser vacunado(a) hoy</i>	SI	NO
1. Se siente usted mal hoy?(si si, porfavor de explicar como se siente)		
2. Es usted alergico(a) a ciertos medicamentos,comida,o vacunas?(si si,porfavor de indicar cuales)		
3. Ah recibido alguna vacuna en las ultimas cuatro semanas?(si si,porfavor de indicar cuales)		
4. Ah tenido una reaccion seria a una vacuna en el pasado?		
5. Esta usted en tratamientos de suero en la casa, inyecciones semanales,terapias de esteroides,medicamentos para cancer,o tratamientos de radiacion?		
6. Tiene usted cancer,leukemia,lymphoma,o otro tipo de desorden en el sistema immuno?		
7. Ah recibido una transfusion de sangre o productos de sangre en el ultimo ano?		
8. Para las mujeres: Esta usted embarazada, o planea estar embarazada en los proximos meses?		

Notes: _____

Place Rx Label Here

For Clinic Use Only

Clinic Name: **Family Pharmacy**
 Date of Vaccination: _____
 Manufacturer: _____
 Lot#: _____ Exp Date: _____
 Injection Site: _____
 VIS Publication Date: _____
 Administered By: _____

Yo afirmo que soy el paciente y por lo menos de la edad de 18 anos, o el guardian legal del paciente. Mas, doy mi consentamieto para el proveedor de vacunas de Family Pharmacy para administrar la(s) vacuna(s) que eh pedido. Se me ah dado una hoja sobre la informacion de cada una de las vacunas que recibire hoy. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que recibire, y se me ah dado la oportunidad de aser cualquier pregunta que tenga sobre esto. Mas, yo libero a Family Pharmacy y todo oficial, , director, o empleado, de todo o cualquier liabilidad que venga de o sea relacionada con la administracion de las vacunas nombradas. Yo asierto que eh recibido o eh revisado la copia de Family Pharmacy's Notice of Privacy Practices.

Firma: _____ **Fecha:** _____