

Nº de tienda: _____ Nº de Rx: _____
 Dirección de la tienda: _____

SECCIÓN A Por favor escriba en letra de imprenta.

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Femenino Masculino Teléfono: _____

Deseo recibir alertas por mensaje de texto sobre mis recetas médicas.

Dirección del domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Dirección de email: _____

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

Origen étnico: Hispano o latino No es hispano ni latino Desconocido

Walgreens enviará a su médico/proveedor de salud primaria la información sobre la vacunación correspondiente a esta visita.

¿Tuvo su examen físico el año pasado? Sí No No lo sé

Nombre del médico/proveedor de salud primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Solicito la(s) siguiente(s) vacuna(s): _____

SECCIÓN B Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy.

Todas las vacunas

| | | | |
|---|----|----|----------|
| 1. ¿Se siente enfermo hoy? | Sí | No | No lo sé |
| 2. ¿Le han diagnosticado COVID-19 o ha dado positivo a una prueba del COVID-19 en los últimos 14 días? | Sí | No | No lo sé |
| 3. En los últimos 14 días, ¿ha sido identificado como un contacto cercano de alguien que tiene el COVID-19? | Sí | No | No lo sé |
| 4. ¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas (Por ejemplo: huevos, proteína bovina, polietilenglicol, polisorbato, gelatina, gentamicina, policimina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)? Anótelas al decir "sí": _____ | Sí | No | No lo sé |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción después de recibir una vacuna, incluyendo desmayos o sensación de mareo? | Sí | No | No lo sé |
| 6. ¿Alguna vez ha tenido trastornos convulsivos que requieran algún medicamento, trastornos cerebrales, el síndrome de Guillain-Barré (un padecimiento que causa parálisis) u otros problemas del sistema nervioso? | Sí | No | No lo sé |
| 7. ¿Ha recibido alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas ocho semanas? Anótelas al decir "sí": _____ | Sí | No | No lo sé |
| 8. ¿Ha recibido las siguientes vacunas? Pulmonía: Fecha _____ Culebrilla: Fecha _____ Tos ferina: Fecha _____ | | | |
| 9. ¿Tiene alguna condición crónica como cáncer, enfermedad renal crónica, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar crónica, obesidad, anemia de células falciformes, diabetes, asma o enfermedad cardíaca? Anótelas al decir "sí": _____ | Sí | No | No lo sé |
| 10. Para mujeres: ¿Está embarazada o cree que va a estar embarazada para el próximo mes? | Sí | No | No lo sé |
| 11. Solo para la vacuna COVID-19: ¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos para el COVID-19 (anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia)? | Sí | No | No lo sé |

**Solo para varicela, MMR® II, culebrilla (herpes zóster), Vaxchora®, fiebre amarilla:
 Responder a estas preguntas solo si va usted a recibir alguna de las vacunas mencionadas anteriormente.**

| | | | |
|--|----|----|----------|
| 12. ¿Tiene algún problema de salud relacionado con el sistema inmunológico (v.gr.: cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA, trasplante)? | Sí | No | No lo sé |
| 13. ¿Actualmente recibe infusiones en el domicilio, inyecciones semanales como Humira® (adalimumab), Remicade® (infliximab) y Enbrel® (etanercept), dosis altas de metotrexato, azatioprina o 6-mercaptopurina, antivirales, medicina para cáncer o tratamientos de radiación? | Sí | No | No lo sé |
| 14. ¿Actualmente está en terapia con alta dosis de esteroides (prednisona > 20mg/por día o algún equivalente) por más de 2 semanas? | Sí | No | No lo sé |
| 15. ¿Durante el año pasado recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamaglobulina)? | Sí | No | No lo sé |
| 16. ¿Ha padecido trastornos del timo (incluyendo miastenia gravis, el síndrome de DiGeorge o timoma) o le han extirpado el timo? (solo para la vacuna contra la fiebre amarilla) | Sí | No | No lo sé |
| 17. ¿Tiene antecedentes de padecer trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? (solo para MMR® II) | Sí | No | No lo sé |
| 18. ¿Ha comido o bebido algo en la última hora? (solo para Vaxchora®) | Sí | No | No lo sé |
| 19. ¿Ha tomado antibióticos en los últimos 14 días o antipalúdicos en los últimos 10 días (solo para Vaxchora®) | Sí | No | No lo sé |

SECCIÓN C

Certifico 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 Walgreens o Duane Reade 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 beneficios 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, filiales, 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/beneficios 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 específico, y, hasta el punto requerido por la ley estatal, al firmar 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 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 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 beneficios autorizados se haga en mi nombre al Proveedor correspondiente con respecto a los artículos y/o servicios solicitados anteriormente. Además, acepto la plena responsabilidad financiera 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 beneficios de mi plan de salud. Entiendo que cualquier pago por el cual tenga plena responsabilidad financiera 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, Walgreens y/o sus filiales 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: _____ Fecha: _____

(Madre/padre/tutor legal si el paciente es menor de edad)

SECTION D PLAN DE SALUD: PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA COMPLETAR

Asegúrese de anotar **TANTO** la información de la farmacia como la del plan de salud, ya que Walgreens tiene varias formas de cobro para las vacunas.

| | Tarjeta de farmacia | Tarjeta médica |
|-----------------------|---------------------|----------------|
| ID del plan de salud: | | |
| ID del miembro: | | |
| RX BIN: | | N/A |
| RX PCN: | | N/A |
| Nº de grupo: | | |

¿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:

| Medicare | Medicare Parte B |
|-------------------------|------------------|
| Nº de Medicare:* | |
| Últimos 4 dígitos SSN:† | |

* Nº de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
 †Solo para confirmar la información del plan de salud.

SOLO PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Sin cobertura: Confirmando que no tengo plan de salud ni plan de farmacia. Sí No

Licencia de conducir/ID del estado* (indicar) _____ Estado emisor: _____
 *Para verificación y cobertura. Sus iniciales aquí: _____

Healthcare provider only: Individual refused to provide insurance information when I attempted to obtain the insurance information from the individual. Yes No

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. Initial here: _____
(Perform 3-way NDC match.)
- 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 (if 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.