COVID-19 FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RECIBIENDO LA VACUNA

Nombre: _____Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____Edad: _____ No. de teléfono (_____)_____

Domicilio: _____Ciudad: _____Condado: _____, Zona Postal de TX: _____

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? ☐Sí ☐No Si es sí, nombre del fabricante: _____ Fecha recibida:_____

Nombre de la compañía de seguros: _____ ID #: _____Grupo #: _____

Nombre del titular (si es diferente): _____ Fecha de Nacimiento del titular:_____

No. de Seguro Social: _____-_____-_____ (El gobierno federal necesita su número si usted no tiene seguro médico)

Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Persona de color o afroamericano
☐ Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro ☐ Prefiere no revelar

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Origen étnico: ☐ Hispano ☐ Non-hispano ☐ Prefiere no revelar

La farmacia H-E-B se comunicará con su proveedor de atención primaria para informarles sobre la vacuna(s) administrada hoy usando la información provista abajo

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ No. de teléfono: (_____)_____No. de fax: (_____)_____

SECCIÓN 2A – PREGUNTAS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DE LA VACUNA (circule SÍ o NO)

1. ¿Tiene actualmente COVID-19 o lo ha tenido en los últimos 90 días?	SÍ	NO
2. ¿Está enfermo hoy o tiene alguno de los siguientes síntomas?: fiebre, escalofríos, dificultad para respirar, dolores corporales, pérdida del gusto/olfato.	SÍ	NO
3. ¿Ha tenido alguna ves una reacción anafiláctica, una reacción grave o una reacción alérgica grave, o cualquier otra reacción grave a una vacuna?	SÍ	NO
4. ¿Le han puesto alguna vacuna en los últimos 14 días?	SÍ	NO

SECCIÓN 2B – CONSIDERACIONES CLÍNICAS (circule SÍ o NO)

5. ¿Está embarazada o amamantando?	SÍ	NO
6. ¿Está inmunodeprimido o está tomando medicamentos que afecten su sistema inmune?	SÍ	NO
7. ¿Está tomando medicamentos anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?	SÍ	NO

SECCIÓN 3 – FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE Y ACEPTAR DONDE SEA APROPIADO

Por la presente doy mi consentimiento a la farmacia H-E-B ("H-E-B") para administrar la vacuna (s) (los "Servicios") que he solicitado a continuación. Fecha de Sección: Dic 2020

Con mis iniciales certifico que:

_____ Yo soy: (i) el paciente y por lo menos tenga 18 años de edad; (ii) el padre o tutor del paciente menor; o (iii) el tutor legal del paciente, o (iv) una persona autorizada bajo la ley de otro estado o de una orden judicial para dar su consentimiento para el niño: O

_____ Las personas identificadas en (ii), (iii), o (iv), no disponibles en la oración previa y tengo autorización para dar mi consentimiento para la inmunización de un niño porque soy un (i) abuelo; (ii) hermano o hermana mayor; (iii) tía o tío adulto; (iv) padrastro o madrastra; o (v) cualquier otro adulto que tenga el cuidado, control y posesión del niño y tenga autorización por escrito para dar su consentimiento para el niño de un padre, tutor principal, guardián, u otra persona que, bajo la ley de otro estado o corte judicial, pueda dar consentimiento para el niño; adicionalmente, certifico que no tengo el conocimiento de ningún rechazo expreso o autorización retirada de consentimiento y no se me ha dicho que no dé mi consentimiento para el niño. Entiendo que cualquier autorización para divulgar Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que le provea a H-E-B, será solamente utilizada o divulgada por H-E-B de acuerdo con el Aviso de práctica de privacidad de la Ley de transferencia y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). Al firmar a continuación, reconozco la recepción de dichos Avisos de prácticas de privacidad de la HIPAA y doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones de la PHI descritos en ellos. Si bien H-E-B se reserva el derecho de no hacerlo, doy mi consentimiento para que H-E-B reporte mi información de vacunación al Registro de Vacunas del Estado. Si H-E-B opta por informar mi historial de vacunación al registro central de vacunación de Texas, ImmTrac, también entiendo que otros proveedores de atención médica, educadores, representantes de salud pública, agencias estatales y ciertos pagadores de seguros pueden tener acceso a mi información de vacunación. Además, autorizo a HEB a (1) divulgar mi información médica u otra información a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid, o un tercer pagador como sea necesario para efectuar la atención o el pago o de otra manera, (2) presentar un reclamo a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados a continuación, y (3) solicitar el pago de los beneficios autorizados en mi nombre a H-E-B con respecto a los artículos y servicios solicitados a continuación.

NO ES SUSTITUTO PARA UN MÉDICO

Entiendo que los representantes de la farmacia H-E-B no son médicos entrenados para diagnosticar y tratar problemas médicos. Reconozco que la administración de servicios no constituye, y no debe ser interpretada como consulta médica, o las opiniones sustituyan el consejo de un médico. Entiendo que la administración de servicios no crea una relación de doctor-paciente entre H-E-B y yo. Acepto consultar a un médico si yo requiero de consulta médica o de servicios a determinado tiempo.

LIBERACIÓN, INDEMINIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que no es posible predecir los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas al recibir la vacuna(s) incluyendo las nuevas vacunas contra el COVID-19. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con las nuevas vacunas y elijo recibir la vacuna contra el COVID-19. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales fueron respondidas a mi satisfacción. Además, admito haber recibido una copia del aviso de privacía de la farmacia H-E-B. Así también, admito que se me aconsejó permanecer cerca del lugar de donde recibí la vacuna por aproximadamente 15 minutos después de la aplicación de ésta para observación del proveedor de salud que la administró. Entiendo que, en el curso de la administración de la vacuna solicitada, un representante de la farmacia H-E-B posiblemente podría estar expuesto a mi sangre y fluidos corporales. En dicho caso, estoy de acuerdo de revisar y ejecutar el formulario de "consentimiento de pruebas posteriores a la exposición de H-E-B".

En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente RENUNCIO, LIBERO, y ACEPTO INDEMINIZAR, DEFENDER y EXIMIR (incluyendo los costos y honorarios de abogados) a H-E-B, su personal, agentes, empleados y afiliados corporativos de cualquiera y de todas las responsabilidades o reclamos conocidos y desconocidos que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionados con la administración de las vacunas contra el COVID-19 y servicios relacionados, aún si dichos daños o pérdidas resultan de la negligencia de H-E-B.

He recibido, leído y/o me han explicado la hoja de datos de autorización de uso de emergencia o la declaración de información de vacunación para la vacuna que he elegido recibir.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____
(Padre o guardián legal, si es menor)

©2021 HEB, 21-2232

SECCIÓN 4 – USO SOLAMENTE PARA MEDICARE PART B

Formulario de autorización de Medicare Part B

Declaración para permitir la asignación de beneficios de Medicare

- Entiendo que le estoy dando a la **Farmacia H-E-B** permiso para solicitar pago a Medicare por mi cuidado médico, incluyendo suministros y equipo.
- Entiendo que Medicare necesita información acerca de mí y mi condición médica para tomar una decisión sobre estos pagos. Doy permiso para que la información vaya a Medicare y a las compañías que se encargan de solicitar pago de Medicare.
- Entiendo que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia de gobierno de Medicare. Entiendo que una fotocopia de esta liberación es un documento válido y original. En adición, entiendo que soy responsable por el pago de cualquier deducible o el monto de coaseguro.
- Por consiguiente, pido que los beneficios autorizados de Medicare sean hechos ya sea a mí o en mi nombre a la **Farmacia H-E-B** o a cualquiera de los servicios o artículos que la **Farmacia H-E-B** me proveyó. Autorizo a cualquier recipiente de información médica u otra información acerca de mi persona para que libere dicha información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes como se necesite para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados.

Nombre: _____ HICN:_____

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 5 – SOLO PARA USO DE LA FARMACIA

Temperatura tomada por (Iniciales del Socio): _____

Vacuna	Cantidad aplicada	Fabricante	Dosis # (circule)	Ruta	Número de lote	Lugar de administración*	Revista de la vacuna completa (inicial)	
vacuna COVID-19	0.3 ml	Pfizer	1 ó 2	IM		RD LD	Ponga su inicial aquí	
vacuna COVID-19	0.5 ml	Moderna	1 ó 2	IM		RD LD	Ponga su inicial aquí	
vacuna COVID-19						RD LD	Ponga su inicial aquí	

* RD - Right Deltoid, LD - Left Deltoid, RA - Right Arm, LA - Left Arm

Información de la vacuna

Pfizer – series de 2 inyecciones a 0 y 21 días, autorizado para mayores de 16 años de edad.
Moderna – series de 2 inyecciones a 0 y 28 días, autorizado para mayores de 18 años de edad.

Ubicación de la farmacia H-E-B

Corp #:

Dirección:

Ciudad, estado:

Para ser completado por el farmacéutico

Iniciales del farmacéutico: _____

Licencia de TX#: _____

Firma: _____

Inmunizador técnico (si aplica)

Iniciales del inmunizador: _____

Registración de TX #: _____

Firma: _____

Ubicación de la clínica: _____

Fecha de inmunización: _____ **Fecha de la próxima vacuna:** _____