Paciente: Llene las Secciones A, B y C **SELLO DE FARMACIA AQUÍ**

Registro de Administración de Vacunas (RAV)
Consentimiento para Recibir Vacunas

Sección A *Por favor escriba en letra de molde.*

Teléfono de la Residencia | Fecha de Nacimiento (XX/XX/XXXX) | Edad | Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre | Inicial | Apellidos

Dirección del Domicilio | Ciudad | Estado | Código Postal

Nombre del Médico de Cabecera (si lo sabe) | Teléfono del Médico

Dirección del Médico | Ciudad | Estado

Número de Medicare Parte B (si se aplica) | Marque la vacuna requerida ☐ Inyección contra la Gripe ☐ Spray Nasal contra la Gripe (viva) ☐ Pulmonía ☐ Otra _____

Sección B

	Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar el día de hoy. Por favor conteste las siguientes preguntas, de la 1 a la 6. El farmacéutico le dirá si tiene que contestar de la 7 a la 15.	Sí	No	No lo Sabe
TODAS LAS VACUNAS	1. ¿Ha tenido fiebre, diarrea o vómito el día de hoy?			
	2. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? (Por ejemplo: Huevos, Gelatina, Gentamicina, Estreptomicina, Neomicina, Timerosal, Levadura de Repostería)			
	3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a alguna vacuna?			
	4. ¿Alguna vez ha tenido trastornos convulsivos, trastornos cerebrales, el Síndrome de Guillain-Barré (un padecimiento que causa parálisis) u otros problemas del sistema nervioso?			
	5. **Si es mayor de 65 años de edad:** ¿Alguna vez le han administrado la vacuna para el neumococo o "pulmonía"?			
	6. **Para mujeres:** ¿Está embarazada o cree que va a estar embarazada para el próximo mes?			
VACUNAS VIVAS	7. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?			
	8. ¿Actualmente recibe infusiones en el domicilio, inyecciones semanales y/o está tomando medicamentos como Remicade®, Enbrel®, Humira®, Kineret®? Por favor consulte con su farmacéutico si no está seguro sobre su historial médico.			
	9. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos anticancerosos o ha tenido tratamientos de Rayos X?			
	10. ¿Durante el año pasado recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamaglobulina)?			
	11. ¿Le han administrado vacunas en las últimas cuatro semanas?			
	12. ¿Está recibiendo terapia de aspirina o terapia que contenga aspirina? **(Sólo para FluMist®)**			
	13. ¿Sufre de problemas de salud a largo plazo relacionados con cardiopatía, enfermedades pulmonares, asma, insuficiencia renal, problemas del metabolismo (v.gr. diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre? **(Sólo para FluMist®)**			
	14. ¿Actualmente toma antibióticos o medicamentos contra la malaria? **(Sólo para Vivotif®)**			
	15. ¿Ha padecido de enfermedades del timo, incluyendo miastenia gravis, timoma o le han practicado una timectomía? **(Sólo para la Vacuna de la Fiebre Amarilla)**			

Sección C

Por la presente hago constar que soy: (i) el Paciente, mayor de 18 años de edad; (ii) el Padre o Tutor Legal del Paciente menor de edad, con un mínimo de 9 años de edad o mayor de 9 años de edad según lo requieren las leyes del estado; o (iii) el Tutor Legal del Paciente. Asimismo, por este medio doy mi consentimiento al farmacéutico de Walgreen Co. para que administre la(s) vacuna(s) que solicito arriba. Tengo entendido que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones a consecuencia de la administración de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la(s) vacuna(s) descrita(s) arriba; he recibido, leído, y/o se me ha explicado la Declaración de Información de Vacunación (DIV) sobre las vacunas que he decidido recibir. También reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Además, admito que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar asignado a la vacunación por aproximadamente 15 minutos después de recibir la vacuna para estar bajo observación del farmacéutico que administra la(s) vacuna(s). El suscrito, en mi nombre, y en nombre de mis herederos y representantes personales, por la presente certifico eximir de cualquier responsabilidad y dejar en paz y a salvo a Walgreen Co., a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarios, dirigentes, directores, contratistas y empleados, de toda responsabilidad o queja derivada en virtud de y respecto a la administración de la(s) vacuna(s) que se indica(n) arriba. Por este medio doy mi autorización a Walgreen Co. para divulgar la información médica apropiada u otra información necesaria a los profesionales encargados de los cuidados de mi salud, Medicare, Medicaid o terceros pagadores requeridos para efectuar cuidados o pagos y solicitar que los pagos correspondientes a beneficios autorizados con respecto a la(s) vacuna(s) indicada(s) arriba sean realizados en mi nombre y destinados a Walgreen Co.

Firma:_____ Fecha: _____

Persona que recibe la vacuna (o Padre o Tutor Legal si el paciente es menor de edad)

Sección D (SÓLO PARA EL FARMACÉUTICO) *La siguiente sección debe ser llenada sólo por el farmacéutico que administra la vacuna.*

Nombre del Administrador de la Vacuna (en letras de molde):_____RPh/PharmD

Firma del Administrador de la Vacuna:_____RPh/PharmD

Nombre del Residente (si se aplica):_____Fecha de Administración de la Vacuna:_____ Fecha de Entrega de la DIV: _____

Vacunas	Lote #	Caducidad	Fabricante	Dosis	Marque el Sitio de la Inyección	Fecha DIV	Fecha Envío PNL
Influenza Desactivada ☐ -PF				0.5 ml	Deltoides Der./ Izq. IM	7/24/08	
Neumocócida Polisacárida				0.5 ml	Deltoides Der./ Izq. IM	7/29/97	
Influenza Viva Atenuada (LAIV) FluMist®				0.2 ml	Intranasal	7/24/08	