

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS /
BROOKSHIRE GROCERY COMPANY; SPANISH VERSION (rev. 7/22/2025)**



Nombre de Paciente:		Fecha de Nacimiento : / /		Telefono:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Nombre de Doctor:		Fax #:		Vacuna para Recibir :	
				Codigo Postal:	

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Hombro: __Izquierdo __Derecho

Si No ¿Está usted enfermo hoy?

Si No ¿Es usted alergico a los huevos, gelatina, alimentos, neomicina, **látex**, o otros medicamentos o vacunas? **Por favor enumere:** _____

Si No Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? (por ejemplo, urticaria, dificultad para respirar, o hinchazón de la cara)

Si No ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmune?

Si No En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como la cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha tenido la radioterapia?

Si No ¿Ha tenido una convulsión, coma, cerebro, u otro problema del sistema nervioso después de una vacuna, como el síndrome de Guillian-Barre- una enfermedad que con debilidad muscular repentina y alguna pérdida de los sentidos en los dedos de manos y pies?

Si No Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, dado inmune (gamma) globulina o un medicamento antiviral?

Si No ¿ Ha tenido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? **Por favor enumere:** _____

Si No Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay una posibilidad de que podría quedar embarazada durante el próximo mes?

Si No ¿La edad de 65 años o más? **Edad:** _____

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA PARA RECIBIR LA VACUNA:

Estoy de acuerdo en que la persona nombrada arriba recibirán la vacuna indicada y que esta persona tendrá una vacuna administrada mediante inyección para prevenir las enfermedades infecciosas. Reconozco que he recibido una copia actual de la información sobre vacunación para esta vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los beneficios y riesgos de la vacuna y las enfermedades que previene. Entiendo que se me puede pedir a permanecer cerca de la farmacia por lo menos 15 minutos después que la vacuna se ha administrado para garantizar que no se producirán reacciones adversas. Yo libre y voluntariamente autorizo la administración de estas vacunas a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para tomar esta decisión.

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. También solicito y autorizo el pago de beneficios del gobierno a la parte que acepta la asignación. Mi firma también confirma mi reconocimiento de la recepción de una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad Brookshire Grocery Company (BGC). Si decido irme a menos de 15 minutos después de que se ha administrado la vacuna, mi firma indica que no sostendré a ningún empleado de BGC responsable de cualquier reacción adversa que pueda ocurrir fuera de su supervisión.

Firma del paciente o padre / tutor legal (si es menor de 18 años) X: _____

For Pharmacy Use Only

Has Patient's Primary Doctor Been Notified? (circle one): YES NO		Protocol Doctor: <i>Dr. Zakary Rose-Reneau</i>						
Date:	Time:	AM/PM	Partner Initials:					
Vaccine Type/Trade Name(s)	Dose	Manufacturer	Route	Lot #	Exp Date	Admin Site	VIS	Dose # (Circle)
Influenza: <i>Fluarix, Fluzone HD, Other</i>	0.5mL	Sanofi/GSK	IM			RD LD	1/31/2025	N/A
<i>Spikevax 2025-26 Formula</i>	0.25 mL/0.5mL	Moderna	IM			RD LD	10/19/2023	N/A
<i>mNexspike 2025-26 Formula</i>	0.2 mL	Moderna	IM			RD LD	10/19/2023	N/A
<i>Novavax Covid-19 2025-26 Formula</i>	0.5 mL	Novavax	IM			RD LD	10/19/2023	N/A
<i>Pneumococcal (PPSV23)/ Pneumovax23</i>	0.5 mL	Merck	IM/SQ			RD LD	5/29/2025	N/A
<i>Pneumococcal (PCV21/20/15)/Capvaxive/Prevnar20/Vaxneuvance</i>	0.5mL	Pfizer/Merck	IM			RD LD	5/29/2025	N/A
<i>Td/ Tenivac</i>	0.5 mL	Sanofi Pasteur	IM			RD LD	8/6/2021	N/A
<i>Tdap/ Boostrix, Adacel</i>	0.5 mL	GSK/Sanofi	IM			RD LD	1/31/2025	N/A
<i>Hepatitis A/ Havrix, Vaqta</i>	0.5mL/1 mL	GSK/Merck	IM			RD LD	1/31/2025*	1 2 3
<i>Hepatitis B/ Recombivax, Engerix, Heplisav-B, Prehevbrio</i>	0.5mL/1 mL	Merck/GSK/VBI/Dynavax	IM			RD LD	1/31/2025*	1 2 3 (4)
<i>Hep A & Hep B/ Twinrix</i>	1 mL	GlaxoSmithKline	IM			RD LD	*Included	1 2 3 (4)
<i>HPV/ Gardasil 9</i>	0.5 mL	Merck	IM			RD LD	8/6/2021	1 2 3
<i>Meningococcal ABCWY/ Penbraya</i>	0.5 mL	Pfizer	IM			RD LD	1/31/2025	1 2
<i>Meningococcal ACWY/ Menquadfi, Menveo</i>	0.5 mL	Sanofi/Novartis	IM			RD LD	1/31/2025	1 2
<i>Serogroup B Men/ Trumenba, Bexsero</i>	0.5 mL	Pfizer/GSK	IM			RD LD	1/31/2025	1 2 3
<i>RSV/ Abrysvo, Arexvy, mResvia</i>	0.5mL	Pfizer/GSK	IM			RD LD	1/31/2025	N/A
<i>Zoster/ Shingrix</i>	0.5 mL	GSK	IM			RD LD	2/4/2022	1 2
Other								
BILLING INFORMATION (circle one)						(Pharmacy Stamp Here)		
TP (See Below)		Cash		Medicare B				
BIN:	PCN:	GRP #:	ID #:	PC:				
Immunizer Signature: <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Technician				Printed Name of Immunizer:		Date of Vaccine/VIS Given:		
Pharmacist Signature: (If supervising)								