

FORMULARIO 1 - Farmacia Perrone Pharmacy, Inc.
COVID-19 CFOMULARIO DE ENCENDIDO Y LIBERACIÓN

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL – POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE (NO USE APODOS)

Apellido:	Nombre:	Nombre medio:
Dirección:		Apt./Unit Ciudad:
Estado:	Código Postal:	Condado:
Fecha de nacimiento: ___/___/_____(Mes/Día/Año) Sexo (CIRCLE ONE): M / F Raza/Etnia (REQUERIDO):		
Teléfono:		Correo electrónico:
Número de Seguro Social (REQUERIDO): _____		
¿Tienes seguro? Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TENGA EN CUENTA: La vacuna COVID-19 está cubierta sin costo alguno para usted; sin embargo, dependiendo de la cobertura de su plan, la solicitud de administración de vacunas puede ser facturada a su beneficio médico en lugar de beneficio de farmacia.		
Si tiene seguro, por favor traiga estos documentos para copiar: (1) su tarjeta de beneficios médicos; (2) su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados; (3) su tarjeta de suplemento de Medicare; (4) su tarjeta medicare (tarjeta roja, blanca y azul) y (5) su licencia de conducir, identificación con foto oficial o pasaporte.		
Contacto de emergencia (REQUERIDO):		Teléfono de contacto (REQUERIDO):

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN COVID-19/LISTA DE VERIFICACIÓN– LEER AHORA Y COMPLETAR EL DÍA DE LA VACUNACION

La vacuna Pfizer Moderna COVID-19 ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos en virtud de una Autorización de Uso de Emergencia, o EUA, basada en el asesoramiento del Secretario de Salud y Servicios Humanos en respuesta a la pandemia covid-19 en curso. La vacuna COVID-19 no ha sido plenamente aprobada, pero se está aplicando en el marco de un EUA debido a la evidencia científica que respalda la seguridad y eficacia de la vacuna COVID-19 y la relación riesgo-beneficio altamente favorable de la vacuna.

Perrone Pharmacy, Inc. está autorizada a administrar la vacuna Pfizer Moderna COVID-19 basándose en la orientación desarrollada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Con el fin de optimizar la respuesta a la vacuna, recibirá 2 dosis separadas por 21 28 días. Los efectos secundarios notificados en el ensayo clínico de esta vacuna incluyen, pero no pueden limitarse al dolor en el lugar de la inyección, enrojecimiento, o hinchazón, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, fiebre, dolor articular, náuseas o hinchazón del ganglio linfático. Estos síntomas normalmente se resuelven dentro de las 24 horas y suelen ser leves, pero si son graves deben ser reportados a Perrone Pharmacy, Inc.

Si se presentan síntomas alérgicos graves (dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos cardíacos rápidos, debilidad, hinchazón facial, de la lengua o de la garganta o erupción cutánea) después de que se complete el período de observación, llame al 911 o diríjase al Servicio de Emergencias del Hospital más cercano.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN DE HOY

1 ¿Estás enfermo hoy?	☐ Sí ☐ No
2 ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días o ha recibido alguna otra vacuna COVID-19 anteriormente?	☐ Sí ☐ No
3 ¿Se le ha diagnosticado infección por COVID-19 en los últimos 90 días?	☐ Sí ☐ No
4 ¿Alguna vez ha tenido una reacción a los componentes de la vacuna COVID-19 (ARNM, varios ingredientes lipídicos diferentes)?	☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí" a las preguntas 1-4, le aconsejamos que posponga la vacunación para COVID-19 de la siguiente manera:

- Si está enfermo, espere hasta que se hayan resuelto los síntomas. Si ha probado COVID+, espere hasta que hayan transcurrido 90 días desde la prueba positiva de COVID-19.
- Espere 2 semanas después de otras vacunas para recibir la vacuna COVID-19.
- No debe tomar la vacuna Pfizer Moderna COVID-19 si su primera vacuna COVID-19 fue producida por otro fabricante. ☐☐
- Si tiene antecedentes de anafilaxia a cualquier ingrediente de la vacuna Pfizer Moderna, no puede recibir esta vacuna basándose en la orientación actual. ☐☐

5 ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafiláctica) a una vacuna (incluyendo problemas respiratorios, urticaria, hinchazón facial o de la lengua, presión arterial baja, frecuencia cardíaca) u otra reacción grave a una vacuna?	☐ Sí ☐ No
6 ¿Tiene antecedentes de reacción alérgica grave a algo además de una vacuna, incluidos otros medicamentos, picaduras de insectos o mordeduras?	☐ Sí ☐ No
7 ¿Toma anticoagulante o tiene un trastorno hemorrágico?	☐ Sí ☐ No

Si su respuesta a cualquiera de las preguntas 5, 6 o 7 es "Sí", por favor notifique al personal para que podamos hacer las adaptaciones necesarias para observarlo con más cuidado después de su vacunación., y si tiene una tendencia a sangrado o está en anticoagulantes, lo vigilarémos cuidadosamente para un posible sangrado en el lugar de inyección.

8 ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado?	☐ Sí ☐ No
9 ¿Ya está embarazada o podría quedar embarazada en las próximas 4 semanas o está amamantando?	☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí" a las preguntas 8 o 9, puede optar por vacunarse, pero todavía se están recopilando datos de seguridad y eficacia para las personas de estos grupos.

10 ¿Ha tenido COVID-19 en los últimos 90 días?	☐ Sí ☐ No
--	-----------

SECCIÓN 3: CONSENTIMIENTO PARA EL SEGURO DE VACUNACIÓN Y FACTURACIÓN

Me han proporcionado y he leído la Hoja informativa de la EUA para la vacuna COVID-19, el Formulario de Consentimiento de Vacunas COVID-19 y cualquier información adicional proporcionada. He tenido la oportunidad de que mis preguntas sean respondidas por un profesional médico, y entiendo que se requerirán una serie de dos vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios conocidos de la vacunación y entiendo que aún no se han establecido todos los riesgos. Sé que estoy consintiendo esta serie de vacunas en el marco de un AUE en respuesta a la Pandemia COVID-19. Solicito proceder con la vacunación. Entiendo que Perrone Pharmacy, Inc. utilizará la información recopilada para presentar una reclamación a su compañía de seguros solo para la administración de la vacuna. Acepto permanecer en el lugar durante 15 minutos después de la vacunación y que mi condición puede justificar la observación posterior a la vacunación durante al menos 30 minutos.

Si la persona que va a recibir la vacuna tiene menos de diez y ocho años de edad, entonces un padre, madre or custodio necesita firmar.

Fecha: _____ Hora: _____ Firma para: Uno Mismo Padre o Madre Custodio o Custodia
 Su Firma: _____

SECCIÓN 4: ESTA SECCIÓN QUE COMPLETARÁ EL ADMINISTRADOR DE VACUNAS DE FARMACIA:

Covid-19 Vaccine Series <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd	Deltoid: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	☐ Pfizer ☐ Moderna	Numero de lote:
Fecha de administración	Credenciales	Fecha de caducidad	Firma Perrone Pharmacy, Inc