

Tarjeta de seguro/ Insurance Card: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Group: \_\_\_\_\_

No Tengo Seguro



**Se debe proporcionar identificación para la Vacuna contra COVID**

No tengo identificación

Driver's License State \_\_\_ # \_\_\_\_\_ State ID State \_\_\_ # \_\_\_\_\_

## Questionario de evaluación, consentimiento para el médico

### Información del paciente: (Para que complete el paciente\*)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Género: M or F ¿Que vacuna(s) le gustaría recibir hoy? \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispano o Latino(a) (1) No Hispano o Latino(a) (2) Desconocido(a) (3)

Raza: Indio Americano(a)/Nativo(a) de Alaska (4) Asiático(a) (3) Hawaiano Nativo(a) / otro isleño(a) del Pacífico (5)

Negro(a) o afroamericano(a) (1) Blanco(a) (2) Desconocido(a) (6)

Condiciones médicas: \_\_\_\_\_ Incluye peso si es menos de 110 libras.: \_\_\_\_\_

\*\* Para uso exclusivo en caso de emergencia \*\*

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Autorizo al farmacéutico a enviar copias de mis documentos de la vacuna a mi proveedor médico de atención primaria.

Si No

Si no selecciona una de estas opciones, los documentos de la vacuna serán enviados a mi proveedor médico de atención primaria, si se le conoce, tal como lo requieren las normas y las leyes de mi estado.

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas puede recibir hoy. Si alguna pregunta no está clara, pida al farmacéutico que se la explique.	Si	No	No sé
¿Está enfermo hoy?			
¿Tiene un problema de salud a largo plazo como una enfermedad del corazón, enfermedad renal, trastorno metabólico (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos de la sangre?			
¿Tiene un problema de salud a largo plazo con una enfermedad pulmonar o asma? ¿Usted fuma?			
¿Tiene alergia a algún medicamento, alimentos (por ejemplo, huevos), látex o algún componente de una vacuna (por ejemplo, neomicina, formaldehído, gentamicina, timerosal, proteínas bovinas, fenol, polimixina, gelatina, levadura de panadería o levaduras)?			
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
¿Ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?			
¿Tiene algún trastorno neurológico, como convulsiones u otros que afecten el cerebro o ha tenido algún trastorno como resultado de la aplicación de una vacuna (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré)?			
¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA u otro problema del sistema inmunológico?			
¿Toma prednisona, otros esteroides o medicamentos oncológicos, o ha tenido tratamientos de radiación?			
Durante el año pasado, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos, incluyendo anticuerpos?			
¿Es usted un padre, miembro de la familia, o cuida de un bebé recién nacido?			
<u>Para mujeres:</u> ¿Está embarazada o es posible que quede embarazada en los próximos tres meses?			
¿Tiene su libreta de vacunación con usted?			
¿Está usted actualmente inscrito en uno de nuestros programas de adherencia a medicamentos en Rite Aid (OneTrip Refill, Automated Courtesy Refills, o Rx Messaging- Texto, Correo Electrónico, Teléfono)?			
<b>¿Ha recibido las siguientes vacunas:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
• <b>Vacuna antineumocócica--* necesitará dos diferentes vacunas neumocócicas *</b>			
• <b>Vacuna contra la culebrilla</b>			
• <b>Vacuna contra la tos ferina (Tdap)</b>			

Autorizo a que se comparta cualquier dato médico u otra información con respecto a esta vacuna con mi proveedor médico de salud, Medicare, Medicaid u otro proveedor, según se necesite y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realicen en mi nombre a Rite Aid..

- Entiendo que si mi seguro no cubre el costo de la aplicación de la vacuna en la farmacia, el pago deberá realizarse en el momento de la aplicación de la vacuna.
- Entiendo que mi registro de vacunación puede ser compartido con agencias federales, o estatales, o a la ciudad, para informar del registro.
- Entiendo que el farmacéutico recomienda que los pacientes vacunados permanezcan en la sala de espera, después de la aplicación de la vacuna durante 15 minutos
- Reconozco al recibir el aviso de prácticas de privacidad de Rite Aid lo pertinente a la información médica protegida
- Entiendo que la administración de una o la vacuna no sustituye una revisión anual con el médico de atención primaria del paciente.
- Para CA: I acknowledge that Rite-Aid intends to share my vaccination record with the California Immunization Registry (CAIR) and that I have reviewed the 'CAIR Immunization Notice to Patients and Parents' attached to this form.
- Para CA: Entiendo que si no quiero compartir mi registro de vacunación con otros usuarios del Registro de Vacunación de California, necesito llenar y entregar la forma "Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar información" obtenido de la farmacia o descargada del sitio Web del Registro de Vacunación de California (CAIR) en <http://cairweb.org/cair-forms>.
- Certifico que he recibido los servicios cubiertos en esta reclamación. Solicito que el pago se emita por mi. Autorizo al poseedor a proveer mi información médica a cualquier parte involucrada en el pago o a sus agentes
- He leído, o me han leído la hoja informativa sobre vacunas (VIS) correspondiente a la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de formular preguntas que han sido respondidas a mi entera satisfacción y entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s). Autorizo o doy mi consentimiento para la aplicación de la(s) vacuna(s). Libero absolutamente a Rite Aid Corporation, sus afiliados, funcionarios, directores y empleados de toda responsabilidad por cualquier enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda presentarse de la aplicación de la(s) vacuna(s).

**Firma del paciente o firma del tutor legal** \_\_\_\_\_

**Si es el tutor legal, imprima su nombre** \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE FARMACIA PHARMACY USE ONLY**

*Place RX Label Here*

<input type="radio"/> Influenza Inyectable	<input type="radio"/> DTaP
<input type="radio"/> Pneumococcal	<input type="radio"/> Zoster (Shingles)
<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> Tdap
<input type="radio"/> HPV	<input type="radio"/> Hepatitis A & B
<input type="radio"/> Varicella	<input type="radio"/> Other:
<input type="radio"/> IPV:	
<input type="radio"/> Meningococcal	
<input type="radio"/> Td	
<input type="radio"/> Hepatitis A	
<input type="radio"/> MMR	

*Place RX Label Here*

<input type="radio"/> Influenza Inyectable	<input type="radio"/> DTaP
<input type="radio"/> Pneumococcal	<input type="radio"/> Zoster (Shingles)
<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> Tdap
<input type="radio"/> HPV	<input type="radio"/> Hepatitis A & B
<input type="radio"/> Varicella	<input type="radio"/> Other:
<input type="radio"/> IPV:	
<input type="radio"/> Meningococcal	
<input type="radio"/> Td	
<input type="radio"/> Hepatitis A	
<input type="radio"/> MMR	

Lot # \_\_\_\_\_  
 Exp. Date \_\_\_\_\_  
 Site RA or LA- Circle One

Lot # \_\_\_\_\_  
 Exp. Date \_\_\_\_\_  
 Site RA or LA- Circle One

Signature of pharmacist who administered Vaccine(s) and provided VIS to patient: \_\_\_\_\_

License #: \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Certified Immunizing Technician or Intern who administered Vaccine(s): \_\_\_\_\_



Insurance Information required at time of COVID  
Immunization Administration

For some insurance plans this will be processed by your prescription plan, for others it will be covered by your medical plan. Both will be collected at this time to ensure accurate process completion.

Your Name: First \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Last 4 digits of SSN \_\_\_\_\_

If over 65 or on Medicare your Medicare part A/B # \_\_\_\_\_

**Prescription Plan information:**

Name of Plan \_\_\_\_\_

Bin # \_\_\_\_\_

PCN # \_\_\_\_\_

Group # \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

Relationship circle one: Primary Spouse Child

If not Primary, please provide primary insured's name: \_\_\_\_\_

**Medical Plan information:**

Name of Plan \_\_\_\_\_

Group # \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

Processor control # if on card \_\_\_\_\_

Relationship circle one: Primary Spouse Child

If not Primary, please provide primary insured's name: \_\_\_\_\_