

# Informed Consent for Immunization with COVID-19 Vaccine

M F Other

Last Name	First Name	Middle	Date of Birth	Age	Gender
(       ) -					
Home Address		City	State	Zip	Phone # <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell

Medicare Part B ID#: \_\_\_\_\_ Last 4 digits of SSN: \_\_\_\_\_ Driver's License #: \_\_\_\_\_

Race: Asian Black or African American Hispanic American Indian Caucasian Pacific Islander Two or More Other: \_\_\_\_\_  
 Ethnicity: Hispanic or Latino Non-Hispanic or Latino Decline to State (Unknown)

Which arm do you prefer for vaccine? Enter weight IF LESS than 66 pounds: \_\_\_\_\_ Lbs. Primary Care Provider Name: \_\_\_\_\_  
 (Please circle) Left Right Primary Care Provider Address: \_\_\_\_\_

Screening Questionnaire: Please answer questions by checking the boxes.

Screening Questions – NOTE: IF COMPLETED ONLINE, REVIEW ANSWERS WITH PATIENT TO ENSURE NO CHANGES		Yes	No
1.	Are you sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Have you ever received a dose of COVID -19 vaccine? If yes, which product did you receive? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Other: _____ Date: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Have you ever had an allergic reaction to a previous COVID-19 vaccine or any component of the COVID-19 vaccine, including polyethylene glycol (PEG) or polysorbate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19) or to an injectable medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis) to any food, pet, environmental allergens, oral medications, or latex? If yes, please list:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as a treatment for COVID-19 within the last 90 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Are you pregnant or breastfeeding? (not a contraindication)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Informed Consent: Please read and sign.**

By my signature below, I consent to the administration of the vaccine(s) by a pharmacist or a supervised student pharmacist or technician, or other authorized person, where permitted by law or state/federal guidance, employed or contracted by Albertsons Companies or one of its affiliated pharmacies and to be contacted at the number provided above regarding other immunizations for which I am due or eligible to receive. The above information is true and correct. I attest I meet eligibility criteria for the vaccination (if any); if I am the parent/guardian of the minor patient, I attest the minor patient meets eligibility criteria for the vaccination. I also release Albertsons Companies and its subsidiaries, affiliates, officers, directors, employees, and agents from all liability, including acts of omission or commission, resulting, or arising from my receipt of this vaccination. I understand that: 1) I have voluntarily chosen to receive the vaccination and understand that I am obligated to pay for all products and services received, if applicable. 2) I may be responsible for payment after the date of service if the product or service is billed to my medical benefit. 3) I am of legal age and authorized to execute this consent form or I am the parent/guardian of the minor patient. 4) I will immediately alert the pharmacist of any medical conditions which may adversely affect my personal health or effectiveness of the vaccine. 5) I have been counseled about potential side effects after vaccination, when they may occur, and when and where I should seek treatment. I am responsible for following up with my physician at my expense if I experience any side effects. 6) I should remain in the area for observation for 15 minutes unless I have a history of an immediate allergic reaction of any severity to a vaccine or injectable therapy or if I have a history of anaphylaxis due to any cause I should remain in the area for observation for 30 minutes after the vaccination. If I leave the area without waiting, I acknowledge that I am doing so at my own risk and against the advice of the professional who administered the vaccine. 7) I have read, or have had read to me, the Vaccine Information Statement(s) ("VIS") or Emergency Use Authorization ("EUA") provided for the vaccine(s) to be administered. I have had the opportunity to ask questions, and all my questions have been answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s). 8) I have been offered and/or provided a copy of the company's Notice of Privacy Practices in compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). 9) This vaccination, including any vaccination granted additional privacy protections under state or federal law, is subject to reporting by my pharmacy or its business associate to an immunization registry, which may share my immunization data with others, and to my primary care physician, the authorizing physician, or the local Department of Health, if applicable, and I authorize these disclosures. (New Jersey Only: I authorize \_\_\_ do not authorize \_\_\_ reporting of my receipt of this vaccination to my primary care provider I understand that failure to check authorize/do not authorize will serve as authorization.) (South Dakota and Massachusetts only: I understand I have the right to object to the sharing of my data to the above-mentioned parties through such registries.)

X  
 Signature of Patient or Parent/Guardian of Minor Patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For Pharmacy Use Only**

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Publication Date
							R / L Deltoid	

Name of Administrator: \_\_\_\_\_ Administration Date: \_\_\_\_\_  NPP Offered RPh Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RPh Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]: \_\_\_\_\_

WA ONLY: Substitution Permitted: \_\_\_\_\_ Dispense as Written: \_\_\_\_\_

RxBIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): \_\_\_\_\_

Billing Info (off-site only) Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_

# Consentimiento informado para la inmunización con la vacuna contra el COVID-19

M  F  Otro

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Género
			(      )	-	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular	

N.º de ID de Medicare Parte B: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_ N.º de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Negro o afroamericano  Hispano  Indio americano  Caucásico  Isleño del Pacífico  Dos o más  Otra: \_\_\_\_\_  
 Origen étnico:  Hispano o latino  No hispano ni latino  Se niega a informar (desconocido)

¿En qué brazo prefiere que le pongan la vacuna? Escriba su peso SI PESA MENOS de 66 libras: \_\_\_\_\_ libras. Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_  
 (Encierre en un círculo) Izquierdo Derecho Dirección del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de selección:** *Responda las preguntas marcando las casillas.*

Preguntas de selección – NOTA: SI SE COMPLETÓ EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE DE QUE		Sí	No
1.	¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez recibió una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la recibió, ¿qué producto y cuándo? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a una vacuna contra el COVID-19 anterior, o a algún componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG) o el polisorbato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (distinta a la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tuvo alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a una comida, una mascota, un alérgeno ambiental, un medicamento oral o al látex? Si la respuesta es "sí", especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Recibió alguna vacuna en los últimos 14 días? (no es una contraindicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) para tratar el COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Está embarazada o amamantando? (no es una contraindicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Consentimiento informado: Lea y firme.**

Firmando abajo, doy mi consentimiento para que me administre las vacunas un farmacéutico o un estudiante de farmacia supervisado o un técnico, u otra persona autorizada (si la ley o las directrices estatales/federales lo permiten) que sea empleado de Albertsons Companies o de una de sus farmacias afiliadas, y para que se comuniquen conmigo al número que di arriba, para hablar de otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible. Además, libero a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo cualquier acto u omisión, que sea consecuencia o que surja como resultado de recibir esta vacuna. Entiendo que: 1) He decidido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que debo pagar todos los productos y servicios que reciba, si corresponde. 2) Es posible que sea responsable del pago después de la fecha de servicio, si el producto o el servicio se facturan a mi beneficio médico. 3) Soy mayor de edad y puedo firmar este formulario de consentimiento, o soy el padre/la madre/el tutor del paciente menor de edad. 4) Informaré de inmediato al farmacéutico de cualquier condición que pueda afectar negativamente a mi salud o a la eficacia de la vacuna. 5) Me informaron de los potenciales efectos secundarios después de la vacunación, de cuándo podrían aparecer, y de cuándo y dónde debería buscar tratamiento. Soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico, a mi cargo, si tengo algún efecto secundario. 6) Debo permanecer en el área para observación por 15 minutos, a menos que tenga un historial de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier gravedad a vacunas o terapias inyectables, o si tengo un historial de anafilaxia debido a cualquier causa, en ese caso debo quedarme en el área para observación por 30 minutos después de la vacunación. Si dejo el área sin esperar, acepto que lo hago a mi propio riesgo y contra el consejo del profesional que administró la vacuna. 7) Leí, o me leyeron, la Información sobre la vacuna (Vaccine Information Statement, VIS) o la Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) de las vacunas que me administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y respondieron todas mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas. 8) Me ofrecieron o me dieron una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la compañía, según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). 9) Esta vacunación, incluyendo cualquier vacunación que tenga protecciones adicionales de privacidad según la ley federal o estatal, está sujeta a la presentación de reportes por parte de la farmacia o de sus socios comerciales a un registro de vacunaciones, que puede compartir mi información de vacunación con otros, y a mi médico de atención primaria, al médico que da la autorización o al departamento de salud local, si corresponde, y autorizo dichas revelaciones. (Solo New Jersey: Autorizo \_\_\_ no autorizo \_\_\_ a reportar la recepción de esta vacunación a mi proveedor de atención primaria. Comprendo que no marcar si autorizo o no autorizo, servirá como autorización). (Solo South Dakota y Massachusetts: Comprendo que tengo el derecho a negarme a compartir mis datos a las partes mencionadas arriba a través de tales registros).

X  
 Firma del paciente o del padre/la madre/el tutor legal del paciente menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de la farmacia**

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Publication Date
							R / L Deltoid	

Name of Administrator: \_\_\_\_\_ Administration Date: \_\_\_\_\_  NPP Offered RPh Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RPh Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]: \_\_\_\_\_

WA ONLY: Substitution Permitted: \_\_\_\_\_ Dispense as Written: \_\_\_\_\_

RxBIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): \_\_\_\_\_

Billing Info (off-site only) Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_