CHEEK & SCOTT

Immunization Consent Form

Name: _____ Date of birth: _____ Age: _____ Social Security #: _____

Home address: _____ City/State/Zip: _____

Gender: _____ Phone: _____ Emergency Contact: _____ Phone: _____

Email address: _____ Doctor / primary care provider name: _____

Precautions and Contraindications: Please answer each question				
Vaccination Assessment	Do you have asthma, diabetes, smoke cigarettes or have heart, lung, kidney, or liver disease? (Prevnar 20)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Do you have asplenia, CSF leaks, or an immunocompromising condition (e.g. HIV/AIDS, cancer, leukemia, lymphoma, transplant, multiple myeloma, renal failure, nephrotic syndrome)? (Prevnar 20)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Are you taking any immunocompromising drugs (e.g. steroids or drugs for cancer, transplant, Crohn's, ulcerative colitis, psoriasis, rheumatoid arthritis, multiple sclerosis)? (Prevnar 20)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Are you at least 65 years old? (Prevnar 20)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Are you pregnant or in close contact with any newborn children? (Tdap – third trimester)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Has it been more than 10 years since your last Tetanus shot? (Tdap)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Are you at least 50 years old? (Shingrix)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Do you plan to travel outside of the United States in the next year? (Online Travel Form)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
Inactive or Live Vaccines	Have you had at any time in the last 10 days a fever, chills, cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea, vomiting, or diarrhea?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Have you ever had a seizure disorder, a brain disorder, Guillain-Barré syndrome or other nervous system problems?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Do you have a bleeding disorder or are you on a blood thinner/blood-thinning medication?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Have you had a reaction after receiving an immunization? Do you have allergies to latex, medications, food or vaccines (e.g. eggs, gelatin, gentamicin, polymyxin, neomycin, phenol, or thimerosal)? If YES, list:	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
Live Vaccines Only	Do you have an immunocompromising condition or take an immunocompromising drug (see above)?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Are you currently taking antivirals or high-dose steroid therapy (prednisone >20mg/day or equivalent) for longer than two weeks?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Have you received any vaccinations or skin tests in the past 4 weeks?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Have you received a transfusion of blood, blood products or been given a medication called immune (gamma) globulin in the past year?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	For women: Are you pregnant or a chance you could become pregnant?	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Do you have a history of thymus disease (including myasthenia gravis), thymoma or prior thymectomy? (Yellow fever only)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know
	Are you currently taking any antibiotics or antimalarial medications? (Oral typhoid only)	☐ Yes	☐ No	☐ Don't know

I want to receive the following immunization(s): _____

Directions: Administer each immunization listed above as directed

I certify that I am: (a) the patient and at least 18 years of age; (b) the parent or legal guardian of the minor patient; or (c) the legal guardian of the patient. Further, I hereby give my consent to the healthcare provider of Cheek and Scott Drugs, Inc., to administer the vaccine(s) I have requested above. I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccine(s). I understand the risks and benefits associated with the above vaccine(s) and have received, read and/or had explained to me the Vaccine Information Statements or Emergency Use Authorizations on the vaccine(s) I have elected to receive. I also acknowledge that I have had a chance to ask questions and that such questions were answered to my satisfaction. Further, I acknowledge that I have been advised to remain near the vaccination location for approximately 15 minutes after administration for observation by the administering healthcare provider. On behalf of myself, my heirs and personal representatives, I hereby release and hold harmless Cheek and Scott Drugs, its staff, agents, successors, divisions, affiliates, subsidiaries, officers, directors, contractors and employees from any and all liabilities or claims whether known or unknown arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the vaccine(s) listed above. I acknowledge that: (a) I understand the purposes/benefits of my state's immunization registry ("State Registry") and my state's health information exchange ("State HIE"); and (b) Cheek and Scott Drugs, may disclose my immunization information to the State Registry, to the State HIE, or through the State HIE, to the State Registry, for purposes of public health reporting or to my health care providers enrolled in the State Registry and/or State HIE for purposes of care coordination. I acknowledge that, depending upon my state's law, I may prevent, by using a state-approved opt-out form or, as permitted by my state law, a Cheek and Scott Drugs opt-out form ("Opt-Out Form"): (a) the disclosure of my immunization information by Cheek and Scott Drugs to the State HIE and/or State Registry; or (b) the State HIE and/or State Registry from sharing my immunization information with any of my other healthcare providers enrolled in the State Registry and/or State HIE. Cheek and Scott Drugs will, if my state permits, provide me with an Opt-Out Form upon request. I understand that, depending on my state's law, I may need to specifically consent, and to the extent required by my state's law, by signing below, I hereby do consent to Cheek and Scott Drugs reporting my immunization information to the State HIE, or through the State HIE and/or State Registry to the entities and for the purposes described in this Informed Consent form. Unless I provide Cheek and Scott Drugs with a signed Opt-Out Form, I understand that my consent will remain in effect until I withdraw my permission and that I may withdraw my consent by providing a completed Opt-Out Form to Cheek and Scott Drugs and/or my State HIE, as applicable. I understand that even if I do not consent or if I withdraw my consent, my state's laws may permit certain disclosures of my immunization information to or through the State HIE as required or permitted by law. I also authorize Cheek and Scott Drugs to disclose my, or my child's (or unemancipated minor for whom I am authorized to act as guardian or in loco parentis) proof of immunization to the school where I am, or my child (or unemancipated minor for whom I am authorized to act as guardian or in loco parentis) is, a student or prospective student. I further authorize Cheek and Scott Drugs to (a) release my medical or other information, including my communicable disease (including HIV), mental health and drug/alcohol abuse information, to, or through, the State HIE to my healthcare professionals, Medicare, Medicaid, or other third-party payer as necessary to effectuate care or payment, (b) submit a claim to my insurer for the above requested items and services, and (c) request payment of authorized benefits be made on my behalf to Cheek and Scott Drugs with respect to the above requested items and services. I further agree to be fully financially responsible for any cosharing amounts, including copays, coinsurance, and deductibles, for the requested items and services as well as for any requested items and services not covered by my insurance benefits. I understand that any payment for which I am financially responsible is due at the time of service or, if Cheek and Scott Drugs invoices me after the time of service, upon receipt of such invoice.

_____ _____ _____

Signature of Patient or Legal Guardian | Relation to Patient | Date

For Pharmacy Personnel Only

Vaccine Type	Vaccine			Date Given (mo/day/yr)	Route (IM, SQ)	Site Given (RA, LA)	Vaccine Information Statement	
	Lot #	Expiration	Manufacturer				Date on VIS	Date Given

_____ _____

Printed Name of Immunizer | Immunizer Signature

Per Immunization Protocol
By Dr. Ryan Roberts

CHEEK & SCOTT

Formulario de consentimiento de vacunación

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguridad Social #: _____

Direccion de casa: _____ Ciudad/ZIP estado: _____

Género: _____ Teléfono: _____ Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Nombre del médico/proveedor de atención primaria: _____

Precauciones y Contraindicaciones: Por favor conteste cada pregunta				
Evaluación de vacunación	Tiene asma, diabetes, fumar cigarrillos o tienen enfermedad en el corazón, pulmonar, renal o hepática? (Prevnar 20)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Tiene asplenia, pérdidas de líquido cefalorraquídeo o una afección inmunodepresora (por ejemplo: VIH/SIDA, cáncer, leucemia, linfoma, trasplante, mieloma múltiple, insuficiencia renal, síndrome nefrótico)? (Prevnar 20)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Está tomando algún medicamento inmunodepresor (p. ej., esteroides o medicamentos para el cáncer, trasplante, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, psoriasis, artritis reumatoide, esclerosis múltiple)? (Prevnar 20)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Tienes al menos 65 años?? (Prevnar 20)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Está embarazada o está en contacto cercano con algún niño recién nacido? (Tdap – third trimester)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	Han pasado más de 10 años desde su última vacuna contra el tétanos? (Tdap)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Tienes al menos 50 años? (Shingrix)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Planea viajar fuera de los Estados Unidos el próximo año? (Online Travel Form)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
Vacunas vivas e inactivas	Has tenido en cualquier momento en los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos, o diarrea?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo, un trastorno cerebral, el síndrome de Guillain-Barré o otros problemas del sistema nervioso?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante/medicamento anticoagulante?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Ha tenido alguna reacción después de recibir una vacuna? ¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas (por ejemplo: huevos, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol o timerosal)? Si es asi, Lista:	☐ sí	☐ No	☐ no sé
Solo vacunas vivas	¿Tiene una afección inmunodepresora o toma un medicamento inmunodepresor (ver arriba para mas ejemplo)?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Está tomando actualmente antivirales o terapia con esteroides en dosis altas (prednisona >20 mg/día o equivalente) durante más de dos semanas?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Ha recibido alguna vacuna o prueba de piel en las últimas 4 semanas?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Ha recibido una transfusión de sangre, productos de sangre o le han administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	Para mujeres: ¿Está embarazada o posibilidad de que te quedes embarazada?	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Tiene antecedentes de enfermedad del timo (incluida la miastenia grave), timoma o timectomía previa? (Yellow fever only)	☐ sí	☐ No	☐ no sé
	¿Actualmente está tomando algún antibiótico o medicamento contra la malaria? (Oral typhoid only)	☐ sí	☐ No	☐ no sé

Quiero recibir las siguientes vacunas: _____

Directions: Administer each immunization listed above as directed

Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el padre o tutor legal del paciente menor de edad; o (c) el tutor legal del paciente. Además, por la presente doy mi consentimiento al proveedor de atención médica de Cheek and Scott Drugs, Inc., para administrar la(s) vacuna(s) que he solicitado anteriormente. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con recibir la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con las vacunas anteriores y he recibido, leído y/o me han explicado las Declaraciones de información sobre las vacunas.o Autorizaciones de uso de emergencia sobre la(s) vacuna(s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción. Además, reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para que el proveedor de atención médica que me la administre me observe. En mi nombre, mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de toda responsabilidad a Cheek and Scott Drugs, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo, ya sea conocido o desconocido que surja de, en conexión con, o de alguna manera relacionado con la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s) anteriormente. Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de mi estado' s registro de vacunación ("Registro estatal") y el intercambio de información de salud de mi estado ("HIE estatal"); y (b) Cheek and Scott Drugs, puede divulgar mi información de inmunización al Registro estatal, al HIE estatal, o a través del HIE estatal, al Registro estatal, para fines de informes de salud pública o a mis proveedores de atención médica inscritos en el Registro estatal y/o HIE estatal para fines de coordinación de la atención. Reconozco que, dependiendo de la ley de mi estado, puedo evitar, mediante el uso de un formulario de exclusión aprobado por el estado o, según lo permita la ley de mi estado, un formulario de exclusión de Cheek and Scott Drugs ("Formulario de exclusión"). : (a) la divulgación de mi información de vacunación por parte de Cheek and Scott Drugs al HIE estatal y/o al Registro estatal; o (b) el HIE estatal y/o el Registro estatal compartan mi información de vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de atención médica inscritos en el Registro estatal y/o el HIE estatal. Cheek and Scott Drugs, si mi estado lo permite, me proporcionará un formulario de exclusión si lo solicito. Entiendo que, según la ley de mi estado, es posible que deba dar mi consentimiento específico y, en la medida en que lo exija la ley de mi estado, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que Cheek and Scott Drugs informe mi información de vacunación al HIE estatal, o a través del HIE Estatal y/o Registro Estatal a las entidades y para los fines descritos en este formulario de Consentimiento Informado. A menos que proporcione a Cheek and Scott Drugs un formulario de exclusión firmado, Entiendo que mi consentimiento permanecerá vigente hasta que retire mi permiso y que puedo retirar mi consentimiento proporcionando un formulario de exclusión voluntaria completo a Cheek and Scott Drugs y/o mi HIE estatal, según corresponda. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si retiro mi consentimiento, las leyes de mi estado pueden permitir ciertas divulgaciones de mi información de inmunización aoa través del HIE estatal según lo exija o lo permita la ley. También autorizo a Cheek and Scott Drugs a divulgar la prueba de vacunación mía o de mi hijo (o menor no emancipado para quien estoy autorizado a actuar como tutor o in loco parentis) a la escuela donde estoy, o mi hijo (o menor no emancipado para quien estoy autorizado a actuar como tutor o in loco parentis) es un estudiante o estudiante potencial. Además, autorizo a Cheek and Scott Drugs a (a) divulgar mi información médica o de otro tipo, incluida mi información sobre enfermedades transmisibles (incluido el VIH), salud mental y abuso de drogas/alcohol, a, o a través de, el HIE estatal a mis profesionales de atención médica, Medicare , Medicaid u otro tercero pagador según sea necesario para efectuar la atención o el pago, (b) presentar un reclamo a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados anteriormente, y (c) solicitar el pago de los beneficios autorizados en mi nombre a Cheek y Scott Drugs con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Además, acepto ser completamente responsable financieramente de los montos compartidos, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles, por los artículos y servicios solicitados, así como por los artículos y servicios solicitados que no estén cubiertos por los beneficios de mi seguro.

_____ _____ _____

Firma del Paciente o Tutor Legal | Relación con el paciente | Fecha

For Pharmacy Personnel Only

Vaccine Type	Vaccine			Date Given (mo/day/yr)	Route (IM, SQ)	Site Given (RA, LA)	Vaccine Information Statement	
	Lot #	Expiration	Manufacturer				Date on VIS	Date Given

_____ _____

Printed Name of Immunizer | Immunizer Signature

Per Immunization Protocol
By Dr. Ryan Roberts