BUCKLEY'S Drug Store - Compounding Center & Mardo's Gifts
Your Friendly Neighborhood Pharmacy

# Vaccine Informed Consent Form

___ Medicare
___ Other

PATIENT'S LAST NAME | PATIENT'S FIRST NAME | GENDER (M/F)

ADDRESS | CITY | MI | STATE | ZIP

PHONE NUMBER | BIRTH DATE (MM/DD/YYYY)

PRIMARY CARE PROVIDER | EMAIL ADDRESS | PROVIDER PHONE/FAX

Do You Consent to Reporting your Immunization to the NJ Vaccine Registry __Y ___N

## VACCINES

___INFLUENZA
___PNEUMOCOCCAL
___MENINGOCOCCAL
___HEPATITIS A
___HEPATITIS B
___TETANUS (Td)
___ ZOSTER (SHINGLES)
___ WHOOPING COUGH (Tdap, DTaP)
RSV _____
COVID _____
OTHER _____

## PRECAUTIONS AND CONTRAINDICATIONS (Check yes or no for each

1. Are you sick today? ☐Yes ☐ No
2. Do you have allergies to medications, food, or vaccines? ☐Yes ☐ No
   - Allergies
3. Have you ever had a serious reaction after receiving an immunization? ☐Yes ☐ No
4. Have you ever fainted or felt dizzy after receiving an immunization? ☐Yes ☐ No
5. Are you currently being treated for a long-term health problem such as heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or other blood disorder? ☐Yes ☐ No
6. Are you currently being treated for Cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem? ☐Yes ☐ No
7. Are you currently taking cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or have you had X-ray treatments? ☐Yes ☐ No
8. Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome? ☐Yes ☐ No
9. Have you had a seizure, brain or nerve problem? ☐Yes ☐ No
10. During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin? ☐Yes ☐ No
11. For women: Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month? ☐Yes ☐ No
12. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks? ☐Yes ☐ No
    - If yes, what vaccines?
13. Are you allergic to eggs? ☐Yes ☐ No
14. Are you allergic to latex? ☐Yes ☐ No

## ADVERSE REACTIONS

A vaccine, like any medicine, is capable of causing serious problems, such as severe allergic reactions. The risk of any vaccine causing serious harm, or death, is extremely small. Local symptoms may include: slight tenderness, redness, itching or swelling at the site of injection.

Systemic symptoms may include: fever, malaise and muscle pain. Other systemic symptoms may occur infrequently. These reactions usually begin 6 to 12 hours after immunization and can persist for a few days. Immediate presumable allergic reactions such as hives, angioedema, allergic asthma or systemic anaphylaxis occur rarely after immunization. These reactions may result from hypersensitive reactions in people with severe egg allergy, and such people should not be given certain vaccines that contain eggs. People with documented immunoglobulin E (IgE)- mediated hypersensitivities to eggs or any other vaccine components, including thimerosal, may also be at increased risk of reactions from immunizations.

In the case of a severe reaction such as a high fever, behavior changes or flu-like symptoms that occur after vaccination, see a doctor right away. Signs of an allergic reaction can include difficulty breathing, hoarseness or wheezing, hives, paleness, weakness, a fast heartbeat, or dizziness within a few minutes to a few hours after the shot.

**I understand that serious injury or death can result from any vaccination and in consideration of receiving the vaccination(s) checked above, voluntarily assume the risk of and accept full liability for any and all injuries and death which may occur as a result of my vaccination(s). I agree to release Carlbert Drugs Inc., d/b/a Buckley's Drug Store its agents, representatives, employees, servants, officers, successors and heirs from any and all liability for giving me (or the individual on whose behalf I am signing) the vaccination. I agree to indemnify, defend, and hold the Indemnities harmless from any claim made by any person (including the individual on whose behalf I am signing). I understand there is no assurance that the vaccine will prevent the applicable disease. I have been explained the benefits and possible side effects of the vaccine and request that the vaccine be given to me. My signature on this form means that all of the information provided in this Application and consent form are true to the best of my knowledge. I understand that this form and my signature below are binding on me and my heirs, successors and personal and legal representatives as well as those of the person on whose behalf I am signing. If I am not the person being vaccinated, I warrant that I have the authority to give this consent for the person to be vaccinated.**

SIGNATURE/LEGAL GUARDIAN | PRINT

## ADMINISTRATIVE RECORD PHARMACY USE ONLY

DATE OF VACCINATION/DATE VIS GIVEN

PHARMACIST/PRESCRIBER SIGNATURE

Buckley's Drug Store
PHARMACY NAME

35 E. Palisade Avenue Englewood, NJ 07631
PHARMACY ADDRESS

| | | |
|---|---|---|
| VACCINE: | VACCINE: | VACCINE: |
| SITE OF INJECTION: | SITE OF INJECTION: | SITE OF INJECTION: |
| LOT NUMBER: | LOT NUMBER: | LOT NUMBER: |
| EXPIRATION DATE: | EXPIRATION DATE: | EXPIRATION DATE: |
| ROUTE OF ADMIN: | ROUTE OF ADMIN: | ROUTE OF ADMIN: |
| MANUFACTURER: | MANUFACTURER: | MANUFACTURER: |

BUCKLEY'S Drug Store - Compounding Center & Mardo's Gifts
Your Friendly Neighborhood Pharmacy

# Formulario de consentimiento para vacunación

**NOMBRE DEL PACIENTE** **APELLIDO DEL PACIENTE** SEXO (M/F)

**DIRECCIÓN** **CIUDAD**

**NÚM. TELEFÓNICO DE 10 DÍGITOS** **CORREO ELECTRÓNICO**

**PROVEEDOR PRIMARIO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE RECETA**

¿Da su consentimiento para informar su vacunación al Registro de Vacunas de Nueva Jersey? ___S ___N

## VACCINES

___ INFLUENZA (GRIPE)
___ NEUMOCÓCICA
___ MENINGOCÓCICA
___ HEPATITIS A
___ HEPATITIS B
___ TÉTANOS (Td)
___ VARICELA
___ HERPES ZÓSTER (CULEBRILLA)
___ TOSFERINA (Tdap, DTaP)
RSV _____
OTRO _____
OTRO _____

## PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES (Marque Sí o No para cada pregunta.)

10. ¿Está enfermo/a el día de hoy? ☐Sí ☐ No
11. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos o vacunas? ☐Sí ☐ No
    - Alergias _____
12. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? ☐Sí ☐No
13. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo como enfermedad cardiaca, enfermedad pulmonar, asma, insuficiencia renal, enfermedad del metabolismo (pore ej., diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre? ☐Sí ☐ No
14. ¿Tiene usted cancer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? ☐Sí ☐ No
15. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer, o se ha sometido a tratamientos de rayos X? ☐Sí ☐ No
16. ¿Ha tenido convulsiones, problemas cerebrales o problemas de los nervios? ☐Sí ☐No
17. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos de la sangre, o se le ha administrado una medicina llamada inmuno-gammaglobulina? ☐Sí ☐ No
18. Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pudiera quedar embarazada durante el mes próximo? ☐Sí ☐ No
15. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? ☐Sí ☐ No
    - En caso de que sí, ¿qué vacunas?
16. ¿Es alérgico/a a los huevos? ☐Sí ☐ No
17. ¿Es alérgico/a al látex? ☐Sí ☐ No

## REACCIONES ADVERSAS

Una vacuna, como cualquier medicina, es capaz de causar serios problemas, como las reacciones alérgicas graves. El riesgo de que cualquier vacuna cause un daño grave, o la muerte, es extremadamente pequeño.
Los síntomas locales pueden incluir: ligera sensibilidad, enrojecimiento, comezón o hinchazón en el sitio de la inyección.
Los síntomas sistémicos pueden incluir: fibre, malestar y dolor muscular. Otros síntomas sistémicos pueden ocurrir en forma poco frecuente. Estas reacciones, por lo general, comienzan 6 a 12 horas después de la vacunación y pueden continuar durante unos cuantos días. Las presuntas reacciones alérgicas inmediatas como la urticaria, angioedema, asma alérgica o anafilaxis sistémica ocurren rara vez después de la vacunación. Estas reacciones pueden resultar de reacciones de hipersensibilidad en personas con alergia severa al huevo, y dichas personas no deberán recibir ciertas vacunas que contienen huevos. Las personas con hipersensibilidades documentadas a los huevos o a cualquier otro componente de la vacuna, que son tratadas con la inmunoglobina E (IgE), incluyendo el timerosal, también pueden correr un riesgo mayor de tener reacciones a las vacunas.
En caso de una reacción grave como una fiebre alta, cambios en el comportamiento o síntomas de tipo gripe que ocurren después de la vacunación, consulte a un doctor de inmediato. Las señales de una reacción alérgica pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o silbidos al respirar, urticaria, palidez, debilidad, un ritmo cardiaco rápido o mareos, entre unos minutes y unas cuantas horas después de recibir la inyección.

**Entiendo que lesiones graves o la muerte pueden resultar de cualquier inmunización y en consideración de las vacuna(s) indica(s) arriba, asumo voluntariamente el riesgo y acepto responsabilidad plena por cualquier y todas las lesiones y la muerte que pueda ocurrir como resultado de mi inmunización. Estoy de acuerdo en liberar a Calbert Drugs, Inc., d/b/a Buckley's Drug Store sus agentes de la tienda, representantes, empleados, funcionarios, agentes, sucesores y herederos de cualquier y toda responsabilidad que me haya dado (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) la inmunización. Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y mantener los indemnizados de cualquier reclamación presentada per cualquier persona (incluida la persona en cuyo nombre estoy firmando). Entiendo que no hay garantía de que la vacuna previene la enfermedad aplicable. Me han explicado los beneficios y efectos secundarios de la(s) vacuna(s) y solicito que la vacuna se me aplique.**
**Mi firma en este formulario significa que toda la información proporcionada en esta solicitud y formulario de consentimiento son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta forma y mi firma al final de esta párrafo son vinculantes para mí y mis herederos, sucesores, y representantes legales y personales, así come las de la persona en cuyo nombre estoy firmando. Si yo no soy la persona que recibe la vacuna, yo certifico que tengo la autoridad para dar este consentimiento para la persona que recibirá la vacuna.**

**FIRMA DEL PARTICIPANTE/TUTOR LEGAL** **NOMBRE EN LETRA DE MOL**

## REGISTRO ADMINISTRATIVO

**FECHA DE VACUNACIÓN/FECHA DE ENTREGA DE INSTRUCCIONES DE LA VACUNA (VIS)**

**FIRMA DE FARMACÉUTICO/PROVEEDOR QUE RECETA**

**Buckley's Drug Store**
**NOMBRE DE LA FAMACIA**
**35 E. Palisade Avenue Englewood , NJ 07631**
**DIRECCI ÓN DE LA FAMACIA**

| | | |
|---|---|---|
| VACUNA: SITIO DE LA INYECCIÓN: | VACUNA: SITIO DE LA INYECCIÓN: | VACUNA: SITIO DE LA INYECCIÓN: |
| NÚM. DE LOTE: FECHA DE VENCIMIENTO: | NÚM. DE LOTE: FECHA DE VENCIMIENTO: | NÚM. DE LOTE: FECHA DE VENCIMIENTO: |
| RUTA DE ADMIN: FABRICANTE: | RUTA DE ADMIN: FABRICANTE: | RUTA DE ADMIN: FABRICANTE: |