

Insurance Card: _____ ID: _____ Group: _____

Clinic –Yes No



Screening Questionnaire and Consent Form

Patient Information: (Patient to complete)

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ Phone# _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email Address _____

Gender: M or F Which vaccine(s) would you like to receive today? _____

Medical Conditions: _____ Enter Weight if less than 110 lbs.: _____

FOR EMERGENCY USE ONLY

Primary Care Physician (PCP): _____ Dr. Phone: _____

PCP address- City _____ State _____ Zip Code _____

I authorize the pharmacist to send copies of my vaccine documents to my primary care provider. Yes ☐ No ☐

Failure to select one of these boxes will result in the vaccine documents being sent to my primary care provider, if known, as state laws & regulations require for my state.

The following questions will help us determine which vaccines may be given today. If a question is not clear, please ask your pharmacist to explain it.	Yes	No	Don't Know
Are you sick today?			
Do you have a long term health problem with heart disease, kidney disease, metabolic disorder (e.g. diabetes), anemia or other blood disorders?			
Do you have a long term health problem with lung disease or asthma? Do you smoke?			
Do you have allergies to medications, food (i.e. eggs), latex or any vaccine component (e.g. neomycin, formaldehyde, gentamicin, thimerosal, bovine protein, phenol, polymyxin, gelatin, baker's yeast or yeast)?			
Have you received any vaccinations in the past 4 weeks?			
Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccination?			
Do you have a neurological disorder such as seizures or other disorders that affect the brain or have had a disorder that resulted from a vaccine (e.g. Guillain-Barre Syndrome)?			
Do you have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem? (in some circumstances you may be referred to your physician)			
Do you take prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or have you had radiation treatments?			
During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products, including antibodies?			
Are you a parent, family member, or caregiver to a new born infant?			
<u>For women:</u> Are you pregnant or could you become pregnant in the next three months?			
Did you bring your Immunization Record Card with you?			
Are you currently enrolled in one of our medication adherence programs at Rite Aid (OneTrip Refill, Automated Courtesy Refills, or Rx Messaging- Text, Email, Phone)?			
Have you had the following vaccines:	Yes	No	Don't Know
• Pneumococcal Vaccine-- *you may need two different pneumococcal shots*			
• Shingles Vaccine			
• Whooping Cough (Tdap) Vaccine			

I authorize the release of any medical or other information with respect to this vaccine to my healthcare providers, Medicare, Medicaid or other third party payer as needed and request payment of authorized benefits to be made on my behalf to Rite Aid.

- I acknowledge that if my insurance does not cover the cost of administering the vaccine at the pharmacy, then payment must be made at the time of the administration of the vaccine.
- I acknowledge that my vaccination record may be shared with federal or state or city agencies for registry reporting.
- I acknowledge that the pharmacist recommends that vaccinated patients should remain in the waiting area, for 20 minutes, after the administration of the immunization.
- I acknowledge receipt of Rite Aid's Notice of Privacy Practices for Protected Health Information.
- I acknowledge that the administration of an immunization or vaccine does not substitute for an annual check-up with the patient's primary care physician.
- For 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.
- For CA: I acknowledge that if I do not want my immunization information shared with other CAIR users, I must complete and submit to CAIR a "Decline or Start Sharing/Information Request Form" obtained either from the pharmacy or downloaded from the CAIR website (<http://cairweb.org/cair-forms/>).
- I certify my receipt of the services covered by this claim. I request that payment be made on my behalf. I authorize the holder to release medical information about me to any party involved in payment or their agents.
- I have read, or have had read to me the Vaccination Information Sheet (VIS) regarding the vaccine(s). I have had the opportunity to ask questions that were answered to my satisfaction and understand the benefits and risks of the vaccine(s). I consent to, or give consent for, the administration of the vaccine(s). I fully release and discharge Rite Aid Corporation, its affiliates, officers, directors, and employees from any liability for illness, injury, loss, or damage which may result there from.

Patient Signature or legal guardian signature _____

If legal guardian print name _____

PHARMACY USE ONLY

Place RX Label Here

- | | |
|--|---|
| ☐ Influenza Injectable | ☐ DTaP |
| ☐ Pneumococcal | ☐ Zoster (Shingles) |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Tdap |
| ☐ HPV | ☐ Hepatitis A & B |
| ☐ Varicella | ☐ Other: |
| ☐ IPV: | |
| ☐ Meningococcal | |
| ☐ Td | |
| ☐ Hepatitis A | |
| ☐ MMR | |

Place RX Label Here

- | | |
|--|---|
| ☐ Influenza Injectable | ☐ DTaP |
| ☐ Pneumococcal | ☐ Zoster (Shingles) |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Tdap |
| ☐ HPV | ☐ Hepatitis A & B |
| ☐ Varicella | ☐ Other: |
| ☐ IPV: | |
| ☐ Meningococcal | |
| ☐ Td | |
| ☐ Hepatitis A | |
| ☐ 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 Card: _____ ID: _____ Group: _____

Clinic –Yes ☐ No ☐

Questionario de evaluación, consentimiento para el médico

With us, it's personal.

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? _____

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)?			
¿Ha recibido las siguientes vacunas:	Si	No	No sé
• Vacuna antineumocócica--* necesitará dos diferentes vacunas neumocócicas *			
• Vacuna contra la culebrilla			
• Vacuna contra la tos ferina (Tdap)			

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 20 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

- | | |
|--|---|
| ☐ Influenza Injectable | ☐ DTaP |
| ☐ Pneumococcal | ☐ Zoster (Shingles) |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Tdap |
| ☐ HPV | ☐ Hepatitis A & B |
| ☐ Varicella | ☐ Other: |
| ☐ IPV: | |
| ☐ Meningococcal | |
| ☐ Td | |
| ☐ Hepatitis A | |
| ☐ MMR | |

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

Place RX Label Here

- | | |
|--|---|
| ☐ Influenza Injectable | ☐ DTaP |
| ☐ Pneumococcal | ☐ Zoster (Shingles) |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Tdap |
| ☐ HPV | ☐ Hepatitis A & B |
| ☐ Varicella | ☐ Other: |
| ☐ IPV: | |
| ☐ Meningococcal | |
| ☐ Td | |
| ☐ Hepatitis A | |
| ☐ MMR | |

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): _____