

Diabetes Event Health Screenings: Walgreens Patient Consent Form



Today's Date/Time: _____

***This section is to be completed by the pharmacist/certified technician.**

Please print clearly.

Name: _____
Last First

DOB: ___/___/___ Sex: M / F Weight: ___ Height: ___

Address: _____
Street

City State ZIP

Phone #: _____ E-mail: _____

Doctor's Name: _____

Doctor's Ph#: _____

Check here if you do not have a primary care physician:

Allergies: _____

Health Conditions: _____

I hereby release Walgreens, its employees, its subsidiaries and affiliates from any liability arising from or in any way connected to this blood test or other test results.

I hereby consent to allow Walgreens, its subsidiaries and affiliates to:

- Obtain my blood via a fingerstick for the purpose of measuring my glucose level.

I understand...

- The data derived from my blood test are considered preliminary only and do not constitute any type of diagnosis.
- If the results indicate a risk for diabetes, I should contact my doctor for follow-up.
- If my results are out of the recommended range for any of the tests conducted, I should contact my doctor for follow-up.

Patient's Name (Please Print)

Patient's Signature

Date

Your signature indicates that you have received a copy of the Notice of Privacy Practices.

Patient's Name (Please Print)

Patient's Signature

Date

Glucose Readings

Random: _____ mg/dL Goal: <130 mg/dL
Fasting: _____ mg/dL Goal: 70-100 mg/dL

How did you hear about this event?

- ___ Television (which TV show? _____)
- ___ Internet (which web site? _____)
- ___ In-Store Audio Announcement
- ___ Walgreens store poster/flyer
- ___ Walgreens staff
- ___ Friend
- ___ Doctor
- ___ Magazine
- ___ Radio
- ___ Unplanned visit
- ___ Other (please list _____)

Have you filled a prescription with Walgreens in the past 6 months?

___ Yes ___ No ___ Don't know

Do you plan to fill future prescriptions at Walgreens?

___ Yes ___ No ___ Don't know

Have you been previously diagnosed with Diabetes?

___ Yes ___ No ___ Don't know

Health Insurance Provider:

- ___ Medicare
- ___ Medicaid
- ___ Private (HMO/PPO/Managed Care)
- Private Provider Name: _____
- ___ Other (please list _____)
- ___ None

Eventos sobre los Cuidados de la Diabetes

Formulario de Consentimiento para las Pruebas de Salud Walgreens



Fecha de hoy/Hora: _____

**Esta sección debe ser llenada por el farmacéutico/técnico certificado.*

Niveles de Glucosa

Al azar: _____ mg/dL Objetivo: <130 mg/dL
En ayuno: _____ mg/dL Objetivo: 70-100 mg/dL

Escriba en letra de imprenta.

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F / M Peso: _____ Altura: _____

Dirección: _____
Calle o Avenida y Número

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Médico: _____

Teléfono del Médico: _____

Marque aquí si no tiene médico de cabecera:

Alergias: _____

Afecciones de Salud: _____

Acepto eximir de cualquier responsabilidad a Walgreens, sus empleados, sus subsidiarios y afiliados frente a reclamaciones que se presenten como consecuencia de este análisis de sangre o de los resultados de cualquier otra prueba de salud.

Por medio de la presente doy mi consentimiento a Walgreens y a sus respectivos subsidiarios y afiliados para:

- Obtener una muestra de mi sangre mediante una punción capilar con el fin de medir mi nivel de glucosa.

Tengo entendido que...

- Los resultados obtenidos de mi análisis de sangre es sólo información preliminar que no debe ser considerada como un diagnóstico.
- Si los resultados indican que corro el riesgo a tener diabetes, debo consultar a mi médico para un estudio de seguimiento de la salud.
- Si los resultados de las pruebas que se me han realizado no están dentro de los niveles recomendados, debo consultar a mi médico para un estudio de seguimiento de la salud.

Nombre del Paciente (escriba en letra de imprenta)

Firma del Paciente

Fecha

Su firma indica que ha recibido copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente (escriba en letra de imprenta)

Firma del Paciente

Fecha

Esta información puede compartirse de manera confidencial con las partes interesadas, incluyendo pero sin limitarse a contratistas, afiliados, profesionales de los cuidados de la salud y terceros involucrados en el tratamiento y para el objetivo limitado al mismo tratamiento. Asimismo, dicha información, sin revelar su identidad, puede incluirse en informes adicionales sobre análisis de tendencias.

¿Cómo se enteró de este evento?

- ____ Televisión (programa de TV _____)
- ____ Internet (sitio web _____)
- ____ Anuncio de radio en la tienda
- ____ Póster/Volante publicitario de Walgreens en la tienda
- ____ Personal de Walgreens
- ____ Amigo
- ____ Médico
- ____ Revista
- ____ Radio
- ____ Visita imprevista
- ____ Otro (por favor indique _____)

Durante los últimos seis meses, ¿ha ordenado el despacho de su receta en Walgreens?

____ Sí ____ No ____ No sé

¿Tiene planes de ordenar el futuro despacho de sus recetas en Walgreens?

____ Sí ____ No ____ No sé

¿Ha sido previamente diagnosticado con diabetes?

____ Sí ____ No ____ No sé

Proveedor de seguro de salud:

- ____ Medicare
- ____ Medicaid
- ____ Privado (HMO/PPO/Cuidado de salud administrado)
Nombre del proveedor privado: _____
- ____ Otro (por favor indique _____)
- ____ Ninguno