

VACUNACIÓN COVID-19
FORMULARIO DE EVALUACIÓN, LIBERACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Información del receptor de vacunas

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Primero Inicial del segundo nombre Apellido
Género: Masculino Femenino No binario
Teléfono : _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Zip
Empleador: _____ Ocupación: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Preguntas sobre la evaluación de la elegibilidad para vacunas y la detección:

	Sí	NO	No sé
1. ¿Estás enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Tiene alergias al polisorbato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene alguna alergia o reacción anafiláctica que requiera intervención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez has tenido síndrome de Guillain Barre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si se le diagnosticó COVID en los últimos 90 días, ¿Recibió un tratamiento de infusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido una vacuna de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, explica la fecha en que se recibió la vacuna de COVID-19: _____ (círculo uno) Pfizer, Moderna, Astra Zeneca, Johnson & Johnson _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reconocimiento:

Entiendo que debo permanecer en el área de administración de vacunas durante 15 minutos después de la vacunación para ser monitoreado para detectar posibles reacciones adversas. Si he tenido una reacción grave previa a una vacuna, seré monitoreado durante 30 minutos. Entiendo que si experimento algún efecto secundario después de salir del área de vacunación, debo llamar a mi médico, o si los efectos secundarios son graves, debo llamar al 911.

Seguro:

Por favor, proporcione información de seguro médico para el receptor de la vacuna.

Nombre del seguro: _____ Nombre del titular de la tarjeta: _____
Número de grupo o póliza: _____

Si no estás asegurado, debe marcar la casilla para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa: no tengo ningún seguro, incluyendo pero no limitado a Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud financiado por el gobierno o privado. Con el fin de que su tarifa de administración de vacunas sea pagada por el Programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos, proporcione (a) número de identificación y estado de emisión válidos del Seguro Social, (b) número de identificación estatal y estado de emisión, O (c) un número de licencia de conducir y estado de emisión:

Tipo de identificación: _____ Número: _____ Estado de emisión: _____

Autorización de pago:

Autorizo la divulgación de mi información personal, de facturación y médica a terceros pagadores, compañías de seguros o agencias de revisión para su uso en relación con el pago, incluyendo la elegibilidad para el pago, regulación o cumplimiento de acreditación o según sea necesario para que el proveedor reciba el pago o reembolso por la atención. Autorizo y asigno irrevocablemente al administrador del pago de la vacuna cualquier beneficio que se me pague/cantidades pagaderas por la vacuna que recibo.

Divulgación de registros:

Entiendo que los Servicios Regionales de Salud del Condado de Howard y sus afiliados pueden estar obligados o pueden divulgar voluntariamente mi información médica al médico responsable de este protocolo de información médica específica de las personas vacunadas por RSHHC y sus afiliados, mi Médico de Atención Primaria (si tengo uno), mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, estados/registros federales, con fines de tratamiento, pago o otras operaciones de atención médica.

Consentimiento:

Me proporcionaron la hoja informativa para los beneficiarios de la vacuna COVID-19 que estoy recibiendo. He leído O me he explicado la información proporcionada sobre la vacuna en la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) o declaración de información sobre vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y pido voluntariamente que se me administre la vacuna a mí o a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema que resulte en esta vacunación.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Firma del tutor o representante del paciente: _____

Relación con el paciente (si corresponde) _____

Fecha: _____

For office use only

COVID-19 Vaccine Administration

COVID-19 Vaccine

COVID-19 Vaccine EUA Fact Sheet for Recipients provided.

Vaccine Manufacturer & Lot Number Information

(circle vaccine name, write lot number, indicate which arm)

R Deltoid

L Deltoid

Moderna: _____ Full Dose

Pfizer: _____ Adult Dose 30mcg/0.3mL

Janssen (J&J)

_____ Half Dose

_____ Pediatric Dose 10mcg/0.2mL (5 - 11 yrs old)

_____ Pediatric Dose 3mcg/0.2mL (6m - 4yrs old)

Lot Number: _____

Date: _____ Time: _____

Administered by: _____

Signature

Patient Known Vaccine History

1st: _____ Brand: _____

2nd: _____ Brand: _____

3rd/Booster: _____ Brand: _____

Notes: