

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE / SEGURO

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Iniciales: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Femenino Masculino No revelado

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

¿Tienes 18 años o más? Sí No, ver la información del garante a continuación

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

Información del seguro: (Para las clínicas en el lugar, asegúrese de haber recolectado una copia de la (s) tarjeta (s) de seguro del paciente)

Campos de Medicare:

¿El paciente tiene 65 años o más o es elegible para Medicare?
 sí No

Número de identificación de la Parte A / B de Medicare (MBI) **Nota:** *Se requiere MBI para todos los pacientes de 65 años o más, o elegibles para Medicare. Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seguro médico:

Proveedor de seguro médico

Número de identificación del titular de la tarjeta

¿Es el paciente el titular principal del seguro?

Sí No, vea la información del garante a continuación

Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa:

No tengo ningún seguro, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno.

Para que el programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna para pacientes no asegurados, proporcione (a) el número de identificación del estado y el estado de emisión, O (b) un número de licencia de conducir y el estado de emisión.

Número de seguridad social:

Estado y número de identificación del estado:

Número de licencia de conducir y estado:

INFORMACIÓN DE FAMILIA / GARANTE (Obligatorio si el cliente menor de 18 años o el cliente no es garante)

Apellido: _____ Nombre: _____ Iniciales: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

NOTA: Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse, pero es posible que le hagamos preguntas adicionales.

¿Te sientes mal hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
En los últimos 10 días, ¿se ha sometido a una prueba de COVID-19 o se le ha recomendado que se aisle o se ponga en cuarentena debido a una posible infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos o plasma de convalecencia para COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis? Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a la vacuna COVID-19 o a cualquier ingrediente? en la vacuna COVID-19, como polietilenglicol (PEG) o polisorbato?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica inmediata (urticaria, hinchazón facial, dificultad para respirar o anafilaxia) a alguna vacuna, medicamento o alimento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis ANTES de la vacunación COVID-19? Si es así, ¿se ha resuelto por completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis DESPUÉS de recibir una dosis de la vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico después de una infección por COVID-19 o una vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Estás embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene un sistema inmunológico debilitado (VIH / SIDA, cáncer, leucemia) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna COVID-19? <i>Si es así,</i> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha Dosa 1: _____ Dosa 2: _____

CONSENTIMIENTO: He leído, o me han explicado, la hoja de información de la vacuna sobre la vacuna COVID-19. Entiendo que si mi vacuna requiere dos dosis, tendré que administrarme (darme) dos dosis para que sea eficaz. Tuve la oportunidad de discutir los beneficios / riesgos de la vacuna COVID-19 con un proveedor de atención médica. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a proporcionar el consentimiento sustituto también tuviera la oportunidad de hacer preguntas). Se me han explicado posibles reacciones adversas a la vacuna COVID-19, con un buen entendimiento de las mismas. Estos incluyen, entre otros: reacciones alérgicas graves, erupción cutánea, picazón, urticaria, hinchazón de la cara, miocarditis o pericarditis (especialmente hombres de 12 a 29 años de edad), dolor / hinchazón / enrojecimiento en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, / dolor en las articulaciones, escalofríos, fiebre, náuseas, malestar, inflamación de los ganglios linfáticos, diarrea, vómitos y dolor en el brazo. Estoy de acuerdo en mantener a CNS indemne por cualquier efecto adverso que la vacuna pueda causarme. Acepto ver a mi médico de atención primaria por cualquier efecto adverso de la vacuna. Entiendo que CNS no ofrece evaluación ni tratamiento para efectos adversos relacionados con la vacuna COVID-19. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y consiento / solicito recibir la vacuna COVID-19.

Vacuna Moderna COVID-19 Vacuna Pfizer COVID-19

Firma del cliente / representante del cliente _____ Relación con el cliente: Uno mismo Padre guardián

CNS USO CLÍNICO ÚNICAMENTE

VACUNA		MVX	CVX	LOTE #	FECHA CAD	DOSIS
<input type="checkbox"/>	Moderna, vacuna COVID-19, 100 mcg / 0,5 ml	MODIFICACIÓN	207			<input type="checkbox"/> 1 Dosis <input type="checkbox"/> 2 Dosis
<input type="checkbox"/>	Moderna, vacuna COVID-19, 50 mcg / 0,25 ml	MODIFICACIÓN	207			<input type="checkbox"/> 3 Dosis
<input type="checkbox"/>	Pfizer, vacuna COVID-19, 30 mcg / 0,3 ml	PFR	208			<input type="checkbox"/> 1 Dosis <input type="checkbox"/> 2 Dosis <input type="checkbox"/> 3 Dosis
FECHA	HORA	EXT	SITIO	RUTA	REACCIONES ADVERSAS	
		<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Deltoides (<i>Privilegiado</i>) <input type="checkbox"/> Vastus Lateralis	Intramuscular (SOY)		
Firma y cargo del administrador de vacunas				Fecha		
Comenzando el tiempo de espera: <input type="checkbox"/> 15 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos						