



COVID-19 Informacion y consentimiento de la vacuna

Nombre: _____				
primer	segundo	apellido		
Direccion: _____				
Ciudad		Estado	Codigo postal	
Telefono: (____) _____ -- _____				
Cubierto por seguro, Medicaid, or Medicare: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Fecha de nacimiento: ____-__-____	anos:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lenguaje primario: <input type="checkbox"/> Inglesa <input type="checkbox"/> Otro	Etnia: (margue solo 1) <input type="checkbox"/> Norace Hispanico <input type="checkbox"/> Hispanico <input type="checkbox"/> Desconocido
la Raza: (check only 1) <input type="checkbox"/> Asiatica/Polinesio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Desconocido			Contacto de Emergencia: Telefono: _____	

Por favor responda las preguntas de salud a continuacion:	Si	No	Desconocido
1. Esta enfermo hoy o actualmente en un periodo de aislamiento o cuarentena por COVID-19?			
2. Ha tinido una prueba de COVID-19 positiva en los untimos 3 meses/90 dias?			
3. Ha recibido terapia con anticuerpos passibe como tratamiento para COVID-19?			
4. Ha tenido alguna vez una reaccion alergica grave (anafilaxia) a algo? ejemplo: una reaccion por la que fue tratado con epineferina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?			
5. Ha tenido alguna vez una reaccion grave despues de recibir una vacuna u otro medicamento inyectable?			
6. Ha recibido alguna vacuna en las ultimas dos semanas/14 dias?			
7. Tiene un trastorno hemorragico o esta tomando un anticoagulante?			
8. Tiene actualmente un sistema inmunologico debilitado, toma medicamentos inmunosupresores o recibe tratamiento con radiacion o quimioterapia?			
9. Esta embarazada o amamantando actualmente?			
10. Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Si es asi, que vacuna? ..Pfizer ..Moderna Fecha recibida:			

- Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la infomacion de la FICHA TECNICA de la vacuna COVID-19. Entiendo que la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna COVID-19, que no es una vacuna aprobada por la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfaccion.
- Entiendo que la vacuna COVID-19 requiere 2 dosis administradas con 4 semanas de diferencia. Si esta es mi primera dosis de la vacuna COVID-19, tengo la intencion de recibir una segunda dosis de la misma vacuna de acuerdo con el plazo especificado en la HOJA INFORMATIVA para completar la serie de vacunas.
- Mi firma reconoce que se me recomendo permanecer en el lugar durante 15 minutos despues de recibir la vacuna. Aquellos con antecedentes de reacciones anafilacticas previas deben permanecer en el lugar durante 30 minutos. Entiendo que si experimento alguna reaccion adversa, sera mi responsabilidad hacer un seguimiento con mi medico de atencion primaria.
- Se puede facturar una tarifa administrativa a terceros pagadores. Autorizo al SARHA a facturar a todos y cada uno de los terceros pagadores por este srvicio. Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. Tambien solicito el pago de beneficios gubernamentales o el pago de beneficios medicos para mi o para la parte que acepta la asignacion de los servicios descritos en este documento.
- Por la presente declaro, a mi leal saber y entender, que soy elegible para la vacuna COVID 19 según las pautas actuales del estado de Alabama.
- Entiendo los importantes riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna COVID-19 como se explica en la HOJA INFORMATIVA y que algunos riesgos y beneficios potenciales pueden permanecer desconocidos. **SOLICITO QUE LA VACUNA COVID-19 SEA ADMINISTRADA A MI O A LA PERSONA ANTERIORMENTE**

_____ Fecha	_____ Imprimir Nombre	X	_____ Firma del paciente o padre/tutor