

Clinic: _____

TEMPLATE

Fecha de Hoy: _____

Forma para Recibir la Vacuna contra la COVID-19

Por favor complete cada caja abajo con la información que aplica al cliente recibiendo los servicios hoy.

Información de Cliente					
Nombre (Apellido, Primer, Inicial de Segundo Nombre)			Sufijo (eg., Jr, III)	Fecha de Nacimiento	Edad†
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Número de Teléfono ()	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido	Raza <input type="checkbox"/> Indio-Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro		Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
Si el cliente es menor de 18 años de edad, por favor complete información del tutor. Relación al cliente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro Nombre del Tutor (Apellido, Primer) _____					
Consentimiento para Servicio					
<p>Yo, el suscrito, doy consentimiento para los servicios que estoy solicitando del _____ y sus entidades/contratistas. Yo entiendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los riesgos y beneficios por estos servicios me serán explicados y tendré la oportunidad de hacer preguntas. • la información referente a mí y a los servicios que recibiré serán ingresados a los sistemas de manejo de información del OSDH y pueden ser usados para el programa de evaluación, manejo y propósitos de pagos. • yo puedo rehusar el servicio en cualquier momento. <p>Reconozco que he recibido una copia de la Nota de Privacidad del _____, tal como es requerido por el Acta de Contabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). También puedo encontrar una copia en el sitio web de la agencia. También reconozco que he recibido COVID-19 Hoja Informativa Para Receptores Y Cuidadores del fabricante antes de recibir la vacuna.</p> <p>Firma del Cliente/Tutor: _____ Fecha de hoy: _____</p>					

†El client debe tener al menos 16 años de edad para recibir la vacuna Pfizer y debe tener al menos 18 años de edad para recibir la vacuna Moderna.

Client Name (Last, First, MI) _____ Client DOB (MM/DD/YYYY) _____

Para Uso de la Oficina Únicamente – Por Favor No Escriba Abajo

Client completed the manufacturer's screening questions: Y N

Vaccine Manufacturer:

Lot #:

Exp. Date:

Site:

LT DELTOID IM

RT DELTOID IM

LT VAST LAT IM

RT VAST LAT IM

EUA*/VIS given? Y N

Reaction? Y N

Dose Number:

1st 2nd

Vaccination Complete? Complete Refused Not administered Partially administered No recorded completion status

Provider Signature:

*EAU = Emergency Use Agreement

Progress Note: _____
