

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.

<b>Información de Cliente</b>					
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	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Raza</b> <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	<b>Hispano o Latino</b> <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) _____		
<b>Consentimiento para Servicio</b>					
Yo, el suscrito, doy consentimiento para los servicios que estoy solicitando del _____ y sus entidades/contratistas.					
Yo entiendo que:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• los riesgos y beneficios por estos servicios me serán explicados y tendré la oportunidad de hacer preguntas.</li> <li>• 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.</li> <li>• yo puedo rehusar el servicio en cualquier momento.</li> </ul>					
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.					
Firma del Cliente/Tutor: _____ Fecha de hoy: _____					

†El cliente 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:

1<sup>st</sup>  2<sup>nd</sup>

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

Provider Signature:

\*EAU = Emergency Use Agreement

Progress Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_