

Declaración del paciente receptor de la vacuna contra la COVID-19 (preferred language Spanish)

Nombre del paciente (apellido, nombre): _____ FDN: ____/____/____

Teléfono: _____ Móvil: _____ Correo: _____
 (Esta información se usará para contactarlo y recordarle la segunda dosis).

Dirección: _____ City, Ciudad, estado, código postal: _____

La información recopilada en esta sección nos ayuda a garantizar una atención equitativa y enfocada al paciente:

Sexo al nacer (marque uno):

Masculino: <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------

Identidad de género (marque una):

Masculino: <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>	No binario <input type="checkbox"/>	No especificado/indeterminado: <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---

Origen étnico (marque uno):

Hispano o latino (que incluye español, mexicano, puertorriqueño, cubano, etc. <input type="checkbox"/>	No hispano, persona que no es de cultura u origen español <input type="checkbox"/>
--	--

Raza: (Marque todo lo que corresponda):

Negro o afroamericano <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/>
Blanco <input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	

Información sobre el seguro:

Compañía de seguros: _____ ¿Es usted el titular de la tarjeta? S N

Si la respuesta es no, ¿cuál es el nombre y la fecha de nacimiento del titular de la tarjeta? _____

Id. de titular: _____ Id. de Rx Group: _____

BIN: _____ PCN: _____

¿Es usted elegible para Medicare? S N Si la respuesta es sí, número de la Parte A/B de Medicare: _____

Si no tiene seguro y no quiere pagar usted mismo la administración de la vacuna, debe proporcionar la siguiente información. Si no proporciona esta información, es posible que se le facture la administración de la vacuna.

No tengo ningún seguro, como por ejemplo Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno. Para que el Programa de vacunación contra la COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos para Pacientes no Asegurados pague su cuota de administración de la vacuna, proporcione (a) un número válido de Seguro Social, o (b) un número de identificación estatal y el estado de emisión, o (c) un número de licencia de conducir y el estado de emisión: _____

Declaraciones:

- *He tomado la decisión de recibir la vacuna contra la COVID-19 por mi cuenta y de forma libre. Sé que tengo la opción de no recibir la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna, o se administre a la persona nombrada anteriormente para la cual hago esta solicitud. He recibido la (Hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores) para esta vacuna. La hoja informativa contiene información sobre los efectos secundarios y las reacciones adversas. He leído o me han leído la información proporcionada sobre la vacuna contra la COVID-19.*
- *Sé que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. Sé que no es una vacuna totalmente autorizada por la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron a mi satisfacción. Actualmente, tengo conocimiento de la vacuna, las alternativas, los beneficios y los riesgos, en la medida en que se conocen y se desconocen en este momento.*

- Sé que debo permanecer en el área de vacunación o en un área indicada por mi proveedor de atención médica después de recibir la inmunización para estar cerca de mi proveedor de atención médica si tengo alguna reacción adversa. Si tengo antecedentes de ciertas reacciones alérgicas, debo esperar 30 minutos. Si no tengo antecedentes de dichas reacciones alérgicas, debo esperar 15 minutos.
- Sé que si tengo una reacción alérgica grave, como dificultad para respirar, hinchazón de la cara o la garganta, latidos rápidos del corazón, sarpullido en todo el cuerpo o mareos y debilidad, debo llamar al 9-1-1 o acudir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi médico si tengo algún efecto secundario que me moleste o no desaparezca.
- Me pidieron que me uniera al programa V-SAFE. El programa realiza controles de salud a las personas que reciben la vacuna contra la COVID-19. Sé que debo informar sobre los efectos secundarios de la vacuna al Sistema para Reportar Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) de la FDA/CDC al 1-800-822-7967 o en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.
- Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna contra la COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez. Sé que al recibir todas las vacunas no hay ninguna certeza de que me volveré inmune (no contraeré el virus) o de que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo elegir no recibir la segunda dosis de la vacuna. Sin embargo, si no recibo la segunda dosis, la posibilidad de ser inmune puede disminuir.

Autorización para solicitar el pago: Autorizo a la organización que me proporciona la vacuna a facilitar información y solicitar el pago. Certifico que la información que he dado al solicitar el pago bajo Medicare o Medicaid o el Programa de vacunación contra la COVID-19 de la HRSA para pacientes no asegurados, es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para atender esta solicitud. Solicito que se realice el pago de las prestaciones autorizadas en mi nombre.

Divulgación de registros: Comprendo que la organización que me proporciona la vacuna puede estar obligada a divulgar, o puede divulgar voluntariamente, mi información médica relacionada con la vacuna a mi médico de cabecera, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También comprendo que la organización que me proporciona la vacuna utilizará y divulgará mi información médica como se describe en el Aviso de políticas de privacidad que puedo recibir si lo solicito o lo busco en su sitio web. Si soy empleado de Tri-Cities Community Health comprendo que mantendrá registros de esta vacunación para mí en WAHS y puede mantener mis registros de vacunación en los registros de salud ocupacional de los empleados de [insertar el nombre del proveedor de atención médica], en la medida requerida o permitida por la ley.

Firma del paciente (o padre/tutor/representante autorizado): _____ Fecha: _____

Nombre del padre, tutor o representante autorizado: _____ Fecha: _____

Si está firmando en nombre del paciente, está declarando que está autorizado para tomar las decisiones requeridas en nombre del paciente.

Todas las secciones que aparecen a continuación son para uso interno:

Información sobre la administración de la vacuna para el inmunizador:	
Fecha de administración: _____	Hora de administración: _____
CVX (producto): _____	
Número de dosis: _____	
Id. del receptor de IIS: _____	
Id. del evento de vacunación de IIS: _____	
Número de lote: _____	
Unidad de uso MVX (fabricante): _____	
Organización remitente: _____	
Sufijo del proveedor que administra la vacuna: _____	
Lugar de administración de la vacuna en el cuerpo: Deltoides izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoides derecho <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (indicar lugar) _____	
Fecha de caducidad de la vacuna: _____	
Vía de administración de la vacuna: _____	
Serie de vacunación completa (fecha): _____	
Fecha de la versión de la Hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores: _____	