

FORMULARIO DE RECLAMO Y CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuántos son los ingresos anual (esto incluye cónyuge / pareja)? _____

MRN

MONITORING TIME

15 mins 30 mins

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

<input type="checkbox"/> # _____ Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> _____ Nombre del Seguro de Salud Privado	<input type="checkbox"/> _____ Número de Miembro
<input type="checkbox"/> # _____ Plan de Salud de Oregón (Medicaid)	_____ Titular del Seguro	_____ Fecha de Nacimiento

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA MOLDE)

Nombre del Padre/Tutor: _____

Apellido: _____	Primer Nombre: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: (mes/día/año) _____ / _____ / _____	# Teléfono: (____) _____ - _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre

Dirección postal y/o La dirección física: _____

Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____	Lenguaje primario: _____
---------------	---------------	----------------------	--------------------------

Raza: (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negarse a contestar	Etnicidad: ¿Hispano?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Negarse a contestar	
	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del pacífico			<input type="checkbox"/> No			Sí No Sé

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene fiebre o está enfermo/a hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna para la COVID-19? Si marco SI, cual: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Cumple con los criterios para la administración de una tercera dosis de la vacuna COVID-19 de mRNA?
*Sólo se autoriza el uso por parte de la FDA para aquellas personas inmunocomprometidas de forma severa a moderada, lo que se define como lo siguiente por el CDC: recibir un tratamiento activo para tumores o cánceres de la sangre, haber recibido un trasplante de órganos y estar tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunitario, haber recibido un trasplante de células madre en los últimos 2 años o estar tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunitario, inmunodeficiencia primaria moderada o grave (síndrome de DiGeorge síndrome de Wiskott-Aldrich) infección por VIH avanzada o no tratada, y tratamiento activo con dosis altas de corticosteroides u otros medicamentos que puedan suprimir su respuesta inmunitaria. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene alergia a huevos, látex, medicamento, alimentos, o vacunas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (ej., anafilaxis) a algo? ¿Por ejemplo, una reacción por la cual tuvo que ser tratado con epinefrina o EpiPen o tuvo que ir al hospital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿La reacción alérgica grave fue después de haber recibido la vacuna para la Covid-19? (vea la hoja informativa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿La reacción alérgica grave fue por haber recibido otra vacuna u otro medicamento inyectable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a cualquier ingrediente de esta vacuna? (vea la hoja informativa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido una prueba positiva para la COVID-19 o le ha informado un doctor que tuvo la COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos monoclonales o suero en la fase de convalecencia como tratamiento para la COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con una enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad del hígado, alguna enfermedad metabólica (ej., diabetes) anemia, enfermedad hemorrágica o está usando anticoagulantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿El paciente se ha desmayado después de una inyección? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Está embarazada, o planea salir embarazada o está amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

He leído o me han explicado la información sobre la COVID-19 y la vacuna contra la COVID-19 y he recibido la hoja de información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Creo entender los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la COVID-19 y pido que me la administren a mi o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para dar este consentimiento. Estoy de acuerdo con que el proveedor inscrito a OHA para dar la vacuna de COVID-19 no tendrá responsabilidad si contraigo COVID-19, u otras enfermedades respiratorias, o si tengo una reacción adversa después de la administración de la vacuna contra la COVID-19. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos de seguro o para el pago de beneficios médicos.

X Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Nurse	Clinic Location:	Date:
Dose: .3 .5	Site: RDIM LDIM RVLIM LVLIM	<input type="checkbox"/> Entered in EPIC <input type="checkbox"/> Not Entered in EPIC
MODERNA (CPT 91301 Admin 0011a)	007C21A 10/12/21 021C21A 10/21/21 027C21A 10/26/21	PFIZER (CPT 91300 Admin 0001a)
		JANSSEN (CPT 91303 Admin 0031a)
038C21A 10/27/21 034C21A 10/29/21 036C21A 11/1/21 047C21A 11/7/21 EW0173 11/30/21		EW0191 12/31/21 043A21A 9/17/21 206A21A 9/21/21