

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"/> Plan de Salud de Oregón (Medicaid) # _____	Número de Miembro _____
	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:	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negarse a contestar	Etnicidad: ¿Hispano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negarse a <input type="checkbox"/> No contestar			
(Marque todo lo que corresponda)						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. ¿Tiene alergia a huevos, látex, medicamento, alimentos, o vacunas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿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"/> |
| 5. ¿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"/> |
| 6. ¿La reacción alérgica grave fue por haber recibido otra vacuna u otro medicamento inyectable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿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"/> |
| 8. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?
Si es así, anótelo aquí: _____ | <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 el sistema inmunológico débil causado por una infección como el VIH o cáncer o está tomando algún medicamento inmunosupresor o terapias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿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"/> |
| 13. ¿El paciente se ha desmayado después de una inyección? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿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 <small>(CPT 91301 Admin 0011a)</small>		JANSSEN <small>(CPT 91303 Admin 0031a)</small>
047B21A 10/9/21 007C21A 10/12/21	021C21A 10/21/21 027C21A 10/26/21 037C21A 11/2/21	1805018 5/25/21 043A21A 6/21/21 206A21A 6/23/21