

COVID-19 IMMUNIZATION CONSENT AND CLAIM FORM

INCOME INFORMATION

How many members are there in your family? _____

What is your annual household income (this includes spouse / partner)? _____

MRN

MONITORING TIME

15 mins 30 mins

INSURANCE INFORMATION

<input type="checkbox"/> Medicare Part B# _____	<input type="checkbox"/> _____	Name of insurance company _____
<input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (Medicaid) # _____	Subscriber Name: _____	Member # _____
Subscriber Date of Birth _____		

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

Parent/Guardian Full Name: _____

Last Name: _____	First Name: _____	MI: _____
Date of Birth: (mo/day/yr) _____ / _____ / _____	Phone#: (____) _____ - _____	Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Street and/or Mailing Address: _____		
City: _____	State: _____	Zip: _____
Race: (Check all that apply) <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Decline to Answer		Ethnicity: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Decline Hispanic? <input type="checkbox"/> No
		Don't Yes No Know

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Do you have a fever or feel sick today? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? If yes, which? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do you meet the criteria for a 3 rd dose mRNA COVID-19 vaccine to be administered?
* Only FDA use authorized for those severely to moderately immunocompromised which is defined as the following by the CDC: receiving active cancer treatment for tumors or cancers of the blood, received an organ transplant and are taking medicine to suppress the immune system, received a stem cell transplant within last 2 years or taking medicine to suppress the immune system, moderate or severe primary immunodeficiency (DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome) advanced or untreated HIV infection, and active treatment with high-dose corticosteroids or other drugs that may suppress your immune response. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you have any allergies to eggs, medicines, foods, latex, or vaccines? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen®, or for which you had to go to the hospital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine? (See Fact Sheet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or another injectable medication? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Have you had a severe allergic reaction to any ingredient of this vaccine? (See Fact Sheet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Have you received another vaccine in the past 14 days?
If yes, which one(s)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Do you have a long-term health problem with heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, neurologic or neuromuscular disease, liver disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia, another blood or bleeding disorder, or are taking a blood thinner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Has the patient ever fainted after injections? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Are you pregnant, do you plan to become pregnant, or are you breastfeeding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I have read/had explained to me the information about COVID-19 and the COVID-19 vaccine and have received the Fact Sheet. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the COVID-19 vaccine and ask that the vaccine be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request. I agree that the OHA COVID-19 vaccine-enrolled provider shall have no responsibility or liability if I contract COVID-19, or other respiratory diseases, or suffer any other adverse reaction following administration of the COVID-19 shot. I allow the release of any information needed to process insurance claims or request payment of medical benefits.

X Signature of responsible person: _____ **Date:** _____

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)	047B21A 10/9/21 007C21A 10/12/21 021C21A 10/21/21	PFIZER (CPT 91300 Admin 0001a)
027C21A 10/26/21 038C21A 10/27/21	034C21A 10/29/21 036C21A 11/1/21 047C21A 11/7/21	JANSSEN (CPT 91303 Admin 0031a)
		EW0191 9/30/21 043A21A 9/17/21 206A21A 9/21/21

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

Medicare Parte B# _____

Nombre del Seguro de Salud Privado

Número de Miembro

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: Mujer Hombre

Dirección postal y/o La dirección física: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Lenguaje primario:

Raza:

Afroamericano

Asiático

Blanco

(Marque todo lo que corresponda)

Indio americano/
Nativo de Alaska

Nativo Hawaiano/
Isleño del pacífico

Negarse a contestar

Etnicidad: ¿Hispano?

Sí No

Negarse a contestar

Sí No Sé

1. ¿Tiene fiebre o está enfermo/a hoy?

2. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna para la COVID-19?

Si marco SI, cual: Pfizer Moderna Otro

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, 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.

4. ¿Tiene alergia a huevos, látex, medicamento, alimentos, o vacunas?

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?

6. ¿La reacción alérgica grave fue después de haber recibido la vacuna para la Covid-19? (vea la hoja informativa)

7. ¿La reacción alérgica grave fue por haber recibido otra vacuna u otro medicamento inyectable?

8. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a cualquier ingrediente de esta vacuna? (vea la hoja informativa)

9. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?

Si es así, anótelo aquí: _____

10. ¿Ha tenido una prueba positiva para la COVID-19 o le ha informado un doctor que tuvo la COVID-19?

11. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos monoclonales o suero en la fase de convalecencia como tratamiento para la COVID-19?

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?

13. ¿El paciente se ha desmayado después de una inyección?

14. ¿Está embarazada, o planea salir embarazada o está amamantando?

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 mí 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)	047B21A 10/9/21 007C21A 10/12/21 021C21A 10/21/21	PFIZER (CPT 91300 Admin 0001a)
		JANSSEN (CPT 91303 Admin 0031a)
027C21A 10/26/21 038C21A 10/27/21	034C21A 10/29/21 036C21A 11/1/21 047C21A 11/7/21	EW0191 9/30/21 043A21A 9/17/21 206A21A 9/21/21

