



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECLAMO PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA Y COVID-19 2021-2022

MRN

¿Cuántos miembros hay en su familia? _____ ¿Cuál es su ingreso familiar anual? (esto incluye cónyuge / pareja)? _____	MEDICARE / MEDICAID	
	<input type="checkbox"/> # _____ Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> # _____ Plan de Salud de Oregón/OHP (Medicaid)

SEGURO DE SALUD PRIVADO	
<input type="checkbox"/> _____ Nombre de la compañía de seguro de salud	_____ # de membresía
_____ Nombre del suscriptor	_____ Fecha de nacimiento del suscriptor

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: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro Sexo: <input type="checkbox"/> M	
Dirección postal y/o La dirección física:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Idioma principal:

Raza: (Marque los que aplique) <input type="checkbox"/> Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Declino ¿Hispano? <input type="checkbox"/> No	<table border="1"> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sé</th> </tr> </table>	Sí	No	No sé
Sí	No	No sé			

1. La persona que se va a vacunar está aquí para:	1 ^{era} vacuna COVID <input type="checkbox"/>	2 ^{da} vacuna COVID <input type="checkbox"/>		
	3 ^{era} vacuna COVID <input type="checkbox"/>	o vacuna de refuerzo COVID <input type="checkbox"/>		
2. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy o tiene fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. La persona que se va a vacunar hoy ¿es alérgica a los huevos, medicamentos, alimentos, látex, o vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La persona que se va a vacunar ¿tuvo alguna vez una reacción alérgica seria a algo? (ej. anafilaxia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. La persona que se va a vacunar ¿alguna vez se ha desmayado después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. La persona que se va a vacunar ¿alguna vez ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o ¿alguna vez un médico le ha dicho a la persona que debe vacunarse que tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. La persona que se va a vacunar ¿ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. La persona que se va a vacunar, ¿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 (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre, está tomando un anticoagulante o tiene historial del síndrome Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está seriamente comprometido y que debe estar en aislamiento protegido (por ejemplo, una habitación de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. La persona que se va a vacunar ¿está embarazada o está planificando quedar embarazada o en amamantar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

He leído o me han explicado la información sobre el COVID-19 y la vacuna del COVID-19 (hoja de información) y/o la influenza y la vacuna de la influenza (VIS, en inglés). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y / o la vacuna contra la influenza y pido que la vacuna se me administre a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado(a) para hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo en que los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook no tendrán responsabilidad legal alguna si contraigo COVID-19, influenza, u otras enfermedades respiratorias, o si tengo una reacción adversa después de la administración de la vacuna contra el COVID-19 o de la influenza. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos de seguro o para el pago de beneficios médicos NO HAY COSTO PARA LA VACUNA COVID O LA ADMINISTRACIÓN DE ÉSTA. Puede haber un costo proveniente de mi bolsillo para la tarifa de la administración de las vacunas contra la influenza y / o la neumonía. Entiendo que soy responsable si el pago es denegado por mi compañía de seguros.

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

FOR OFFICE USE ONLY

Question 1, for 3rd dose check applicable line: ___ Active cancer and or Tx. ___ Organ transplant ___ Stem cell transplant ___ Moderate or severe primary immunodeficiency ___ HIV ___ Active Tx. With high-dose corticosteroids or other drugs that may suppress the immune system.

Question 3 list any allergies/reactions: _____

Question 6: If yes, when? Must be out of isolation (10 days). _____

Question 7: If yes, when? Must be 90 days since treatment. _____

Question 8: If yes, what _____

Monitoring Time ___ 15 minutes ___ 30 Minutes

Contraindications

FluMist: Only for ages 2 through 49 years. Contraindicated in Asthma and immune compromised. A person with a weakened immune system because of HIV/AIDS or another disease that affects the immune system, long-term treatment with drugs such as high-dose steroids, or cancer treatment with radiation or drugs, or receiving antiviral medications should not receive flu mist. Should also **not** receive flu mist if they live with an immunocompromised individual.

All Flu: Guillain-Barré Syndrome, anaphylaxis reaction to eggs, severe reaction to a previous flu vaccine.

COVID-19: Allergy to any component of the vaccine or severe reaction to a previous COVID-19 vaccine.

Severe Reaction: Full body rash, swelling in face or neck, anaphylaxis.

SELF-PAY			
<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check	Flu <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$65 (HD)	Pneumo <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$103 (Pneumovax) <input type="checkbox"/> \$202 (Prevnar 13)	

COVID-19									
Dose: .2 .25 .3 .5				Site: RDIM LDIM		RVLIM		LVLIM	
MODERNA					PFIZER Peds			PFIZER ADULT	
041J21A	4/28/22	059H21A	5/27/22	FK5618	2/28/22	FL8095	2/28/22	FH8027	5/31/22

INFLUENZA						PNEUMONIA										
Dose: .2 .5 .7		Site: RDIM RVLIM		PLACE PF STICKER HERE		PLACE PNEUMO STICKER HERE		Dose: .5		Site: RDIM						
Inj. Exp: 6/30/22		NASAL LDIM LVLIM								LDIM						
PRIVATE INS OR \$30 (ALL AGES) & INSURED ADULTS – Use “L” Code			VFC (OHP or No Ins. ONLY) (0-18 yrs ONLY – NO ADULTS)			FLU POOL (No ins. ADULTS ONLY – “S” Code)			PNEUMONIA PPV23 PCV13							
BLUE			GREEN			RED										
FluMist		PF Syringe	FluMist		PF Syringe	FluMist		PF Syringe	Lot#	Exp. Date	Lot#	Exp. Date				
NK2075		1/13/22	UJ742AB (HD)		UJ748AA (HD)	NH3062		12/14/21	UJ776AA	UT7347MA	3T4DH		T033369	5/26/22	DJ7719	8/31/22
			UJ748AA (HD)		UJ769AB (HD)								U002528	9/13/22	DN4218	1/31/23
			UJ776AA		UT7330LA								U010533	10/29/22	EE3119	4/30/23
			UT7376LA												EH9810	6/30/23

Nurse: _____	Clinic Location: _____	Date: _____	<input type="checkbox"/> Entered in EPIC
---------------------	-------------------------------	--------------------	--