

DOCTORS HOSPITAL AT RENAISSANCE

Formulario de Consentimiento y Administración para la Vacuna de COVID-19

Información acerca de Usted (favor de usar letra de imprenta) (**Esta información ser utilizada para comunicarnos con usted para la 2.º Dosis de la Vacuna.)			
Nombre: Apellido		Nombre: Primero	
		Inicial del 2.º nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Mes: Día: Año:	()		
Dirección:		Ciudad	Estado Código Postal

La información recopilada en esta sección ayudara a garantizar que brindemos una atención equitativa y centrada en el paciente			
Sexo (Elija solo uno) (Sexo asignado al nacer)	Identidad de Género (Elija solo uno)	Origen étnico (Elija solo uno)	Raza (Elija todos los que apliquen)
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No-Binario <input type="checkbox"/> No Especificado/Indeterminado	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino (incluyendo: español, mexicano, puertorriqueño, cubano, etc.) <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino (persona que no es de origen o cultura Española)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro

Dosis de Vacuna: (Elija una)	<input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segunda	Si esta es su segunda dosis ¿qué vacuna fue la primera? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> No recuerda	Si es su segunda dosis ¿Cuándo recibió la primera dosis? (fecha) Mes: Día: Año:
--	--	---	---

Preguntas de Exclusión: Responder “si” a cualquiera de estas preguntas lo excluye de recibir la Vacuna de COVID-19

¿Tiene antecedentes conocidos de una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a esta vacuna o cualquier componente de la vacuna, como lípidos, cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico de sodio dihidratado y sacarosa? (La lista completa está disponible en la <i>Hoja de Datos para los Beneficiarios de Vacuna y Cuidadores</i> o en su proveedor de atención médica).	Si	No
¿Es menor de 5 años?	Si	No

Preguntas de Detección Del COVID-19: Inmunizador: Si el paciente responde “si” a cualquiera de las siguientes preguntas, proporcione asesoramiento al paciente o indíquele que consulte con su médico antes de recibir la vacuna.

En las últimas dos semanas, ¿dio positivo para COVID-19?	Si	No
En las últimas dos semanas, ¿ha estado en contacto con dio positivo para COVID-19, a una distancia de seis pies o menos durante un periodo de 15 minutos o menos sin usar el equipo de protección personal adecuado?	Si	No
¿Ha tenido recientemente fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, náuseas, vómitos, o diarrea?	Si	No
En los últimos 90 días ¿Ha recibido terapia de anticuerpos monoclonales como parte del tratamiento de COVID-19?	Si	No
¿Está embarazada o está dando pecho o tiene planes de embarazarse?	Si	No
¿Esta inmunodeprimido/a o está tomando medicamentos que debilitan el sistema inmunológico?	Si	No
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	Si	No
¿Tiene antecedentes conocidos de una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) hacia otra vacuna o medicamentos inyectable? En caso afirmativo ¿qué vacuna o medicamento inyectable?: _____	Si	No

Información de seguro médico:

Nombre de la Compañía de seguro:		Nombre del titular de la póliza:		Relación:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	N.º de identificación de la compañía de seguro:	N.º de identificación grupo de la compañía de seguro:	BIN	PCN	
Día:	Mes:	Año:			
¿Es elegible para Medicare? Si No En caso afirmativo, cuál es su número de Medicare Parte A/B:					

Si no está asegurado y no desea pagar usted mismo la administración de la vacuna, debe proporcionar la información a continuación. Si no proporciona esta información, es posible que se le cobre por la administración de la vacuna.

Afirmo no tener ningún seguro médico, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, o cualquier otro plan de beneficios de salud privada o financiado por el gobierno. Para que el Programa de COVID-19 de los Pacientes Sin Seguro de la Administración de Recursos e Servicios de Salud de los Estados Unidos pague la tarifa de la administración de la vacuna, por favor proporcione (a) un N.º de Seguro Social válido, o (b) el N.º de Identificación del Estado y de que Estado fue emitido, o (c) el N.º de la licencia de conducir y de que Estado fue emitido.

Consentimientos:

- He tomado la decisión de recibir la vacuna del COVID-19 por mi propia cuenta y voluntad. Se e estoy consciente de que tengo la opción de rechazar la vacuna. Solicito que se me sea administrada la vacuna a mí o a la persona que anteriormente fue menciona por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Se me dio la (Hoja de Datos para los Beneficiarios y Cuidadores) para esta vacuna. La hoja de datos contiene información sobre los efectos secundarios y reacciones adversas. Leí o se me fue leído la información proporciona sobre la vacuna de COVID-19.
- Sé que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. Sé que no es una vacuna con licencia completa de la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Ahora conozco 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 la vacuna o en un área que me indique mi proveedor de atención médica después de recibir mi vacuna, así que estoy cerca de mi proveedor de atención médica si tengo alguna reacción adversa. Si tengo antecedentes de reacción alérgica (por ejemplo, anafilaxia), debo quedarme durante 30 minutos. Si no tengo antecedentes de reacciones alérgicas graves, debo quedarme durante 15 minutos.
- Sé que, si tengo una reacción alérgica grave, que incluye dificultad para respirar, hinchazón de la cara y / o garganta, latidos cardíacos rápidos, un sarpullido en todo el cuerpo o mareos y debilidad, debo llamar al 9-1-1 o ir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi proveedor de atención médica 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 COVID-19. Sé que debo informar los efectos secundarios de la vacuna al Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) de la FDA / CDC al 1-800-822-7967 o <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.
- Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez. Sé que con todas las vacunas no hay ninguna promesa de que me volveré inmune (no contraeré el virus) o que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo optar por no recibir la segunda dosis de la vacuna. Pero si no obtengo la segunda dosis, la posibilidad de volverme inmune puede disminuir.

Autorización para Solicitar el Pago: *Autorizo a la organización que proporciona mi vacuna a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago de Medicare o Medicaid o del Programa HRSA COVID-19 para Pacientes Sin Seguro es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para actuar sobre esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.*

Divulgación de Registros: *Entiendo que la organización que proporciona mi vacuna puede estar obligada o puede divulgar voluntariamente mi información médica relacionada con la vacuna a mi médico de atención primaria, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que la organización que proporciona mi vacuna utilizará y divulgará mi información médica como se describe en su Aviso de Prácticas de Privacidad que puedo recibir a pedirlo o encontrar en su sitio web. Si soy un empleado de Doctors Hospital at Renaissance, entiendo que mantendrá registros de esta vacuna por mí y que puede mantener mis registros de vacunación en los registros de salud ocupacional de los empleados de Doctors Hospital at Renaissance, en la medida en que lo requiera o permita la ley.*

Firma del Paciente (u Padre / Tutor / Representante Autorizado): _____ Fecha: _____

Nombre del Padre, Tutor, o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Si firma en nombre del paciente, está declarando que está autorizado para tomar las decisiones necesarias en nombre del paciente.