



Información sobre el paciente

Nombre:		Etnicidad:	
Apellido:		Raza:	
Fecha de nacimiento:		Género:	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:		Código postal:	
Empresa:		Teléfono:	
Correo electrónico:			

Seguro médico:

Plan de seguro: Identificación del seguro:

¿Es el paciente el titular principal de la tarjeta? Sí No

Si no, incluya la fecha de nacimiento del titular principal de la tarjeta:

* Si no tiene seguro, por favor proporcione su número de seguro social y su identificación de CA o México

* Número de la Seguridad Social: * Número de identificación y estado:

* ¿ES ÉSTA SU PRIMERA, SEGUNDA O TERCERA DOSIS DE LA VACUNA COVID-19?

▪ Si esta es su segunda o tercera dosis, ¿cuáles fueron las fechas de sus dosis anteriores?

Primer: _____ Segundo: _____

▪ ¿Qué vacuna recibió?

Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otro

Posibles contraindicaciones

	SI	NO	NO LO SÉ
1. ¿Te sientes mal hoy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo, ¿qué producto vacunal? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra: <input type="text"/>			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) en el pasado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejemplo: ¿una reacción por la que fue tratado con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir una vacuna COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Posibles contraindicaciones (continúa)

	SI	NO	NO LO SÉ
¿La reacción alérgica grave estuvo relacionada con la recepción de polietilenglicol o de productos que contienen Polietilenglicol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave estuvo relacionada con la administración de polisorbato o de productos que lo contienen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene alguna otra alergia relacionada con los medicamentos? en caso afirmativo, indique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia como parte de un tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Posibles consideraciones

	SI	NO	NO LO SÉ
6. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. En el caso de las mujeres, ¿está usted embarazada o en período de lactancia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS: Me han proporcionado las hojas de información sobre vacunas o la ficha de datos para pacientes correspondientes a la(s) vacuna(s) que estoy por recibir. He leído dicha información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han respondido satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna, y asumo voluntariamente la responsabilidad plena por cualquier reacción que se presente. Comprendo que debo permanecer en el área de vacunación durante 15 minutos después de recibir la vacuna para que me controlen a fin de detectar posibles reacciones adversas. Comprendo que, si experimento efectos secundarios, debo llamar a la farmacia, a un médico o al 911. Solicito que me administren la vacuna o se la administren a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a presentar esta solicitud. Estado de Georgia únicamente: Confirmando que un farmacéutico me pidió el historial médico y me preguntó si me habían realizado una exploración física en el último año. Los proveedores de atención médica no identificaron afecciones por las que no debería colocarme la(s) vacuna(s). AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR PAGO: Por este medio, autorizo a Elite Medical a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago a Medicare, Medicaid o el Programa contra la COVID-19 para Pacientes sin Seguro Médico

de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA) es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para llevar a cabo esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. DIVULGACIÓN DE REGISTROS: Comprendo que Elite Medical puede necesitar divulgar o puede divulgar voluntariamente mi información de salud al médico responsable de este protocolo de información médica específica de personas vacunadas en Elite Medical (si corresponde), mi médico de atención primaria (si tengo uno), mi plan de seguros, los sistemas de salud y los hospitales, o los registros estatales o federales, para los fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica (como la administración o el aseguramiento de la calidad). También comprendo que Elite Medical usará y divulgará mi información de salud según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad, Estado de California únicamente: Acepto que el Registro de Vacunación de California (California Immunization Registry, CAIR) comparta mi información de vacunación con los proveedores de atención médica, las agencias o las escuelas. Centros de vacunación: Si me administran una vacuna en un centro de vacunación, comprendo y acepto que se proporcione al coordinador de dicho centro mi nombre, y la fecha y la hora de la cita para la colocación de la vacuna.

X

Firma del padre/guardián

Fecha

Si firma en nombre del paciente, está declarando que está autorizado a proporcionar los consentimientos requeridos en nombre del paciente.

¡SÓLO PARA USO DE LA OFICINA!

Información sobre la administración de la vacuna

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de administración	Vacuna	Fecha VIS	Fabricante	Volumen (mL)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> R
# de lote	Fecha de venc.	Vía	Lado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Temperatura del paciente (Si la temperatura corporal del paciente es de 100,4 grados F o superior, infórmele de que no debe recibir la vacuna en ese momento)

X

Nombre y cargo del administrador de la vacuna

Firma del inmunizador que lo administra

Nombre de la clínica: