



COVID-19 DETECCIÓN DE VACUNAS Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

SECCION 1: INFORMACION ACERCA DE USTED (POR FAVOR IMPRIMA)

Nombre: Apellido: _____		Nombre: _____		Medio Inicial: _____	
Fecha de Nacimiento: Mes Día Año		Número de teléfono móvil (Paciente o Guardián): () _____			
Dirección: _____		Apt/Cuarto #: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____
Correo electrónico: _____					
Sexo (género asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o otro <input type="checkbox"/> otros asiáticos <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otros no blancos <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico			Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido
Compañía de Seguro medico primario ID #: _____ Grp #: _____					
Compañía de Seguro medico: _____		Número de la Compañía # _____			
Nombre del asegurado: _____		Titular _____	Cónyuge _____	Dependiente _____	
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____					
Sin seguro _____ Si no tiene seguro, proporcione SSN o Id del estado _____					
¿Es esta la primera o segunda dosis del paciente de la vacuna del COVID-19? <input type="checkbox"/> Primer Dosis <input type="checkbox"/> Segunda Dosis					

SECCION 2: COVID-19 PREGUNTAS DE SELECCIÓN

Por favor, compruebe SÍ o No para cada pregunta.	SI	No
1. ¿Está enfermo hoy?		
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a una dosis anterior de esta vacuna o a cualquiera de los ingredientes de esta vacuna?		
3. ¿Lleva un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia?		
4. Para las mujeres, ¿está embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada?		
5. Para las mujeres, ¿estás amamantando?		
6. ¿Se le aplicó alguna otra vacuna en los últimos 14 días?		
7. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo por COVID-19?		
8. ¿Has tenido en los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olor, dolor de garganta, congestión o moqueo nasal, náuseas, vómitos o diarrea?		

SECCION 3: ORIENTACIÓN DE DETECCIÓN DE INMUNIZACIÓN PARA LA VACUNA DEL COVID-19

Por favor, compruebe SÍ o No para cada pregunta.	SI	No
9. ¿Tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacunas o látex? Por favor, explique:		
10. ¿Está inmunodeprimido o está en un medicamento que afecta su sistema inmunitario?		
11. ¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante/anticoagulante?		
12. ¿Ha recibido una dosis anterior de cualquier vacuna COVID-19? En caso afirmativo, qué vacuna del fabricante recibió:		

- Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 18 años de edad; o (c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento a ShotRx o a sus agentes para administrar la vacuna del COVID-19.
- Entiendo que este producto no ha sido aprobado o licenciado por la FDA, pero ha sido autorizado para uso de emergencia por la FDA, bajo un EUA para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) para su uso en individuos de 18 años de edad o más; y el uso de emergencia de este producto es sólo

autorizado durante la duración de la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización de uso de emergencia del producto médico en virtud del artículo 564(b)(1) de la Ley FD&C a menos que la declaración sea cancelada o revocada antes.

- **Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la recepción de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y/o me había explicado la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia sobre la vacuna del COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.**
- Reconozco que me han aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación. Si tengo una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, libero y extejo inofensivo al ShotRx, y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todos y cada uno de los pasivos o reclamaciones, ya sean conocidos o desconocidos que surjan de, en relación con, o de alguna manera relacionados con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de TNIS, el registro de inmunización de Tennessee y (b) DOH incluirá mi información personal de inmunización en TNIS y mi información de inmunización personal será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Autorizo además a ShotRx o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin el pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de beneficios autorizados se haga en mi nombre a ShotRx o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que no se debe ningún pago de mi parte individualmente en este momento para los servicios de vacunación COVID-19. Sin embargo, si mi reclamación es denegada, entiendo que seré responsable del pago.
- Reconozco la recepción del Aviso de Derechos de Privacidad.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Imprimir el nombre del representante y relación con la persona que recibe la vacuna: _____

Sitio (LD/RD)	Ruta	Fabricante	Lote #/tamaño de la unidad.	fecha de caducidad	DOSIS
	IM				

Nombre del Producto	
Ubicación: nombre de la instalación/ID	ShotRx
Tipo de ubicación: (oficina, iglesia, etc.)	
Dirección de administración:	

Vaccinator Print Name : _____ **Signature:** _____ **Date:** _____

Provider License number: _____