



# COVID-19 DETECCIÓN DE VACUNAS Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

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

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

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

**Vaccinator Print Name :** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Provider License number:** \_\_\_\_\_