

Información del paciente

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____

Edad: _____ *DEBER TENER MAS DE 12

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Por favor marque: M / F

Información del seguro médico

Nombre del seguro: _____ Numero de BIN: _____

Beneficiario de Medicare o sin seguro:

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____

PCN Number: _____

No tengo seguro en este momento. Documentación de ciudadanía/inmigración y el seguro medico no se requiere para una vacuna.

Para Pfizer o Moderna Serie de vacunación COVID-19

Estas aqui para recibir: DOSIS 1 REFUERZO* Fecha que recevio más reciente REFUERZO: __/__/__

DOSIS 2

*El refuerzo bivalente solo se puede recibir 2 meses después de la última dosis de refuerzo

DOSIS 3

Cuestionario de detección

	Si	No
¿Estas enfermo hoy? En caso afirmativo, indique sus síntomas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o alguien en su hogar ha sido expuesto, diagnosticado o puesto en cuarentena por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas? Si es así, por favor indique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algún medicamento, látex, alimentos, mascotas o insectos que requirieran el uso o tratamiento con epinefrina (EpiPen)? En caso afirmativo, enumere las alergias: _____ * Debe observarse durante 30 minutos después de la vacunación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una condición médica subyacente como hígado, riñón, enfermedad cardíaca, diabetes o está inmunodeprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para las mujeres: ¿Está embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que he recibido la hoja de vacuna de Autorización de uso de emergencia (EUA). He tenido la oportunidad de hacer preguntas para que me administren la vacuna o la persona nombrada anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto permitir que los usuarios autorizados almacenen mi información de vacunación y accedan a ella en la WebIZ de Nevada. Solicito voluntariamente que se me administre la vacuna a mí o a la persona antes mencionada para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Al firmar este consentimiento, estoy indicando que entiendo que puedo acceder a una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Alliance relacionado con la información de salud en esta página <https://www.chanevada.org/patients/privacy-policy/>.

Autorizo que la vacuna sea administrada por un estudiante farmacéutico capacitado.

Firma: _____

Fecha: _____

Si es menor de 18 años, escriba en letra de molde el nombre del padre, tutor o cuidador: _____

Vaccine	Lot #	Exp Date	Route	Site	Dose	Date Given	Administered by:
MODERNA Monovalent (Primary series only)			IM	LD or RD	0.5 ml		
MODERNA Bivalent			IM	LD or RD	0.5 ml		

Entered into WebIZ

Updated November 2022