

**Información Personal y de Contacto**

---

Por favor complete TODA la información solicitada a continuación

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 No tengo un correo electrónico/ No deseo revelar esta información

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

**Preferencia de Comunicación:**

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | <input type="checkbox"/> Ambos   |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto   | <input type="checkbox"/> Ninguno |

**Raza:**

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Blanco
- Otro

**Origen Étnico:**

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

**Género:**

- Masculino
- Femenino
- Desconocido

¿Usted es un trabajador esencial de primera línea (policía, trabaja en el procesamiento de alimentos, maestro, etc.)?

- Sí  No

Si respondió que sí, ¿Cuál es el nombre de su empleador? \_\_\_\_\_

¿Usted vive o trabaja en un centro de cuidados a largo plazo/vivienda asistida?

- Sí  No

Si respondió que sí, ¿Cuál es el nombre del centro? \_\_\_\_\_

¿Es usted miembro de una comunidad o nación tribal reconocida federalmente?

- Sí  No

Si respondió que sí, ¿Cuál es el nombre de la comunidad? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Revise la siguiente lista de condiciones médicas que son conocidas por aumentar el riesgo de enfermedades graves por COVID-19:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

- Asma
- Cáncer
- Enfermedad Cerebrovascular
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad renal crónica
- Fibrosis quística
- Hipertensión o alta presión sanguínea
- Diabetes Mellitus Tipo 1
- Diabetes Tipo 2
- Inmunocomprometido por el trasplante de órganos sólidos
- Estado inmunocomprometido (sistema inmunológico debilitado)
- Enfermedad del hígado
- Condiciones neurológicas, como la demencia
- Obesidad
- Sobrepeso (IMC > 25 kg/m2, pero < 30 kg/m2)
- Embarazo
- Fibrosis pulmonar (con tejidos pulmonares dañados o cicatrizados)
- Enfermedad de células falciformes
- Fumador
- Talasemia (un tipo de trastorno de la sangre)

¿Cuántas condiciones conocidas por aumentar el riesgo de enfermedades graves por COVID-19 tiene?

- Ninguna
- 1
- 2 o más

Por favor complete la información acerca del seguro médico solicitada a continuación:

(Encierre en un círculo todo lo que corresponda) **SEGURO MEDICO / MEDICAID / MEDICARE / MEDICARE ADVANTAGE / NINGUNO**

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Identificación del suscriptor (número de póliza): \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (titular de la póliza): \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección Postal para Solicitud de Reembolso: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono para la Solicitud de Reembolso: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

- Certifico que soy: (a) Un adulto, con al menos 18 años de edad (b) El padre de familia o tutor legal del paciente menor de edad; o (c) El tutor legal del paciente. Además, con la presente doy mi consentimiento al proveedor de atención médica autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos un "proveedor aplicable"), para que comparta la información sobre mi condición personal, demográfica y de salud, a fin de prestarme servicios de vacunación para la vacuna contra el COVID-19. Entiendo que los datos de salud compartidos en este cuestionario se utilizarán para determinar mi elegibilidad para recibir la vacuna contra el COVID-19 y también determinar el momento en que la vacuna estará disponible para mí.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID 19 y solicito que la vacuna contra el COVID19 sea suministrada, ya sea a mí o a la persona nombrada anteriormente por la que yo estoy autorizado a hacer esta solicitud. Se me ha proporcionado acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad de la Alianza de Salud de Cabarrus. Estoy de acuerdo en que Medicare, Medicaid y/u otro Seguro de Salud, si es aplicable, sean facturados y autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta solicitud de reembolso. Autorizo el pago de beneficios médicos a la Alianza de Salud de Cabarrus.
- Se me ha proporcionado acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad de la Alianza de Salud de Cabarrus. <https://www.cabarrushealth.org/DocumentCenter/View/347/Notice-of-Privacy-Practices>

\_\_\_\_\_  
Firma del Destinatario

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

**FOR OFFICIAL USE ONLY**

**\* Required Fields**

**\*Responsible Organization:** Cabarrus Health Alliance

"Responsible Organization" is the name of the parent organization or health system that originated and is accountable for the content of the record. If an organization has several clinics or facilities, this would be the organization that represents all of the clinics/facilities.

**\*Administration at Location:** Cabarrus Health Alliance POD Site: \_\_\_\_\_

"Administration at Location" is the name of the physical clinic or facility that reported the vaccination, refusal, or missed appointment. In a small practice setting, this could be the same as the responsible organization.

\*Administration Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \*Administration Time: \_\_\_\_AM \_\_\_\_PM  
Month      Day      Year

\* Vaccine Expiration Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month      Day      Year

\* Vaccine Barcode: \_\_\_\_\_

\*Vaccine Type (CVX): \_\_\_\_\_ \*Vaccine Manufacturer (MVX): \_\_\_\_\_

\*Vaccine Product (NDC): \_\_\_\_\_ \*Vaccine Lot Number: \_\_\_\_\_

\*Available Vaccine Inventory: \_\_\_\_\_

\*Vaccine administered on behalf of (Clinician): \_\_\_\_\_

<u>*Vaccine Administering Site</u>	<u>*Vaccine Route of Administration</u>	<u>*Dose Number</u>
<input type="checkbox"/> Left Deltoid (LD)	<input type="checkbox"/> Intradermal (IM)	<input type="checkbox"/> First Dose
<input type="checkbox"/> Left Arm (LA)	<input type="checkbox"/> Subcutaneous (SQ)	<input type="checkbox"/> Second Dose
<input type="checkbox"/> Left Lower Forearm (LLFA)		
<input type="checkbox"/> Right Deltoid (RD)		
<input type="checkbox"/> Right Arm (RA)		
<input type="checkbox"/> Right Lower Forearm (RLFA)		
<input type="checkbox"/> Left Thigh (LT)		
<input type="checkbox"/> Left Gluteus Medius (LG)		
<input type="checkbox"/> Left Vastus Lateralis (LVL)		
<input type="checkbox"/> Right Thigh (RT)		
<input type="checkbox"/> Right Gluteus Medius (RG)		
<input type="checkbox"/> Right Vastus Lateralis (RVL)		

**Notes:**

---



---



---



---



---



---