

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO*(Por favor complete TODA la información solicitada a continuación)*Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Correo Electrónico: _____ Numero de seguro social: _____ - _____ - _____

 No tengo correo electrónico / No deseo divulgar esta información

Calle: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMERA DOSIS*(Por favor, traiga su tarjeta de vacuna del Covid a su cita de la segunda dosis)*

Fabricante de la primera dosis (Seleccione uno): Pfizer / Moderna Fecha de la primera dosis: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO *(Por favor complete la información solicitada a continuación)***(Encierre en un círculo todo lo que corresponda) SEGURO MEDICO / MEDICAID / MEDICARE / 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>
____ Left Deltoid (LD)	____ Intradermal (IM)	____ First Dose
____ Left Arm (LA)	____ Subcutaneous (SQ)	____ Second Dose
____ Left Lower Forearm (LLFA)		
____ Right Deltoid (RD)		
____ Right Arm (RA)		
____ Right Lower Forearm (RLFA)		
____ Left Thigh (LT)		
____ Left Gluteus Medius (LG)		
____ Left Vastus Lateralis (LVL)		
____ Right Thigh (RT)		
____ Right Gluteus Medius (RG)		
____ Right Vastus Lateralis (RVL)		

Notes:
