

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO

(Por favor complete TODA la información solicitada a continuación)

Nombre: _____ Apellido: _____

Apellido de soltera: _____ Numero de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

¿Ya se registró en el portal de vacunas de COVID-19?

Sí No

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

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

Preferencia de Comunicación:

- Correo Electrónico Ambos
 Mensaje de texto Ninguno

Raza:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Blanco
 Niego a Contestar

Origen Étnico:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Género:

- Masculino
 Femenino
 Desconocido

Discapacidades: No discapacitado Cáncer Cognitivo (psicológico o psiquiátrico)

Neurológico Físico (movilidad) Respiratorio

Sensorial (visión o audición) Otro (Especifique: _____)

Información de seguro (Por favor complete la información)

(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: (a) tengo al menos 18 años de edad; (b) soy legalmente capaz de dar mi consentimiento para mi propia atención médica G.S. 90-21.5; (c) soy el padre o tutor legal del paciente menor de edad; o (d) soy el tutor legal del paciente adulto. Además, con la presente doy mi consentimiento al proveedor de atención médica autorizado que administre la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos es un "Proveedor aplicable"), para que comparta mi información personal, demográfica y de mi condición de salud con el fin de brindarme servicios de vacunación contra el COVID-19. Entiendo que los datos de salud compartidos dentro de 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 administrada, ya sea a mí o a la persona nombrada anteriormente por la cual yo estoy autorizado a hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo en que Medicare, Medicaid y/u otro Seguro de Salud, si es aplicable, sean facturados y autorizo la divulgación 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 o padre / tutor legal_____
Fecha_____
Nombre impreso del representante autorizado_____
Relación al paciente

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.

Site of Injection: Right Deltoid, IM Left Deltoid, IM Other _____

Dose: First Dose Second Dose Additional Dose/Booster

Route: Intramuscular Subcutaneous Intradermal

Administration Date: ____/____/____ Administration Time: _____

Vaccine Product: Moderna Pfizer (12+) Janssen Pfizer (PEDS 5-11)

Moderna Dose Amount: Full Dose (0.50 mL) Half Dose (0.25 mL)

Lot #: _____ Exp: ____/____/____

Vaccine administered by (Clinician Name): _____ Signature _____

Notes:

