

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS COVID-19

Alamo City Urgent Care, LLC

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA

Nombre: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Teléfono: (____) _____ Este es un teléfono celular Deseo recibir alertas por mensaje de texto sobre mi(s) vacuna(s) -O-

Correo electrónico: _____ Deseo recibir alertas por correo electrónico sobre mi(s) vacuna(s)

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Ha recibido alguna vez una vacuna COVID-19? Sí No Si es así, nombre del fabricante: _____ Fecha de recepción: _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco Otro Prefiero no decirlo

Género: Hombre Mujer Otro

Etnia: Hispano No-Hispano Prefiero no decirlo

Nombre del médico de atención primaria _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

SECCIÓN 2A - PREGUNTAS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DE LA VACUNA (circule SÍ o NO)

1. ¿Tiene actualmente COVID-19 o lo ha padecido en los últimos 90 días?	SÍ	NO
2. ¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos específicamente para COVID-19 (anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia)?	SÍ	NO
3. ¿Está enfermo hoy o tiene alguno de estos síntomas: fiebre, escalofríos, dificultad para respirar, dolor corporal, pérdida del gusto/olfato?	SÍ	NO
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica, una reacción alérgica grave o cualquier otra reacción grave a una vacuna?	SÍ	NO
5. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	SÍ	NO

SECCIÓN 2B - CONSIDERACIONES CLÍNICAS (circule SÍ o NO)

6. ¿Está embarazada o amamantando? <i>Si respondió que sí, consulte a su obstetra/ginecólogo. ACUC no la vacunará en este momento.</i>	SÍ	NO
7. ¿Está inmunosuprimido o toma medicamentos que afectan su sistema inmunológico?	SÍ	NO
8. ¿Está tomando medicamentos anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?	SÍ	NO

SECCIÓN 3 – POR FAVOR LEER CON CUIDADO Y FIRME DONDE CORRESPONDA

Por la presente doy mi consentimiento a Alamo City Urgent Care, LLC ("ACUC") para administrar la(s) vacuna(s) (los "Servicios") que he solicitado a continuación. Sección
Con mis iniciales certifico que:

____ Soy: (i) el Paciente y tengo al menos 18 años de edad; (ii) el padre o tutor del Paciente menor de edad; o (iii) el tutor legal del Paciente; o (iv) una persona autorizada por la ley de otro estado o una orden judicial para dar su consentimiento para el niño; O

____ Las personas identificadas en (ii), (iii) o (iv), en la oración anterior no están disponibles y tengo autoridad para dar mi consentimiento para la inmunización del niño porque soy un (i) abuelo; (ii) hermano o hermana adulto; (iii) tía o tío adulto; (iv) padrastro o madrastra; u (v) otro adulto que tiene el cuidado, el control y la posesión real del niño y tiene la autorización por escrito de un padre, tutor principal, tutor u otra persona que, según la ley de otro estado o un tribunal orden, puede dar su consentimiento para el niño; Además, certifico que no tengo conocimiento de ningún rechazo expreso o autorización retirada de consentimiento y que no se me ha dicho que no dé mi consentimiento para el niño.

Entiendo que cualquier Información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) que proporcione a ACUC sólo será utilizada o divulgada por ACUC de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Al firmar a continuación, reconozco la recepción de dichos Avisos de prácticas de privacidad de la HIPAA y doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones de la PHI descritos en ellos. Si bien PER se reserva el derecho de no hacerlo, doy mi consentimiento para que PER informe mi información de vacunación al Registro estatal de vacunación. Si PER opta por informar mi historial de vacunación al registro central de vacunación de Texas, ImmTrac, también entiendo que otros proveedores de atención médica, educadores, representantes de salud pública, agencias estatales y ciertas compañías de seguros pueden acceder a mi información de vacunación. Además, autorizo a ACUC a (1) divulgar mi información médica u otra información a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid u otro pagador externo según sea necesario para efectuar la atención o el pago o de otro modo, (2) presentar un reclamo a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados a continuación, y (3) solicitar el pago de los beneficios autorizados en mi nombre a ACUC con respecto a los artículos y servicios solicitados a continuación. **SERVICIOS ADICIONALES**

Reconozco que la administración de los Servicios no constituye, y no debe interpretarse, un consejo médico u opiniones que sustituyan al consejo de un médico. Entiendo que la administración de los Servicios no crea una relación médico-paciente entre ACUC y yo. Acepto consultar a un médico si necesito asesoramiento o servicios médicos en cualquier momento. Si decidiera utilizar ACUC para servicios médicos adicionales, reconozco y acepto que habrá cargos adicionales por dichos servicios. Además, entiendo y acepto que ACUC cobrará por dichos servicios adicionales a las tarifas estándar de ACUC. **LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**

Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la recepción de la(s) vacuna(s), incluyendo las nuevas vacunas COVID-19. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con las vacunas nuevas y elijo recibir una vacuna COVID-19. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Además, reconozco que he recibido una copia del aviso de privacidad PER. Además, reconozco que se me ha recomendado que permanezca cerca del lugar de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para que el proveedor de atención médica que lo administre me observe. Entiendo que en el curso de la administración de la vacuna solicitada, un representante de ACUC podría posiblemente estar expuesto a mi sangre o fluidos corporales.

En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente RENUNCIO, LIBERO Y ACEPTO INDEMNIZAR, DEFENDER Y MANTENER INOFENSIVOS (incluyendo los costos y honorarios de abogados) ACUC, su personal, agentes, empleados y afiliados corporativos de todos y cada uno de los responsabilidades o reclamos, ya sean conocidos o desconocidos, que surjan de, en conexión con o de alguna manera relacionados con la administración de la(s) vacuna(s) COVID-19 y servicios relacionados, incluso si dichos daños o pérdidas resultan de la negligencia de ACUC.

He recibido, leído y/o me han explicado la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia o la Declaración de información de vacunación para la vacuna que he elegido recibir.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
 (Padre o tutor legal, si es menor de edad)

SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN DEL SEGURO

Registre la información de la farmacia y del seguro médico:

	TARJETA DE SEGURO	TARJETA MÉDICA
Nombre del plan/operador		
Número de ID de miembro		
Número de Grupo		

Nombre del titular de la póliza (si es diferente): _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

PARA MEDICARE PARTE B:

	MEDICARE PARTE B
Número de Medicare*	
Últimos 4 dígitos del NSS**	

*número en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare

**para la verificación del seguro, si es necesario

DECLARACIÓN DE MEDICARE: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a mí o en mi nombre a ACUC por cualquier servicio que me proporcione ACUC. Autorizo la divulgación a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información médica sobre mí necesaria para determinar los pagos por servicios relacionados.

Nombre de Beneficiario: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SI NO ESTÁ ASEGURADO:

Doy fe de que no tengo seguro médico.

Sí

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (Esto lo necesita el gobierno federal si no tiene seguro médico)

SECCIÓN 5 - SOLO PARA USO DE OFICINA

Temperatura comprobada por (iniciales del trabajador): _____

Vacuna	Cantidad Administrada	Fabricante	Nº Dosis (circule)	Vía	Número de lote / fecha de expiración	Sitio de Administración*	Revisión de Vacuna Completa (iniciales)
Vacuna COVID-19	0.3 ml	Pfizer	1 o 2	IM		DD DI	Iniciales aquí
Vacuna COVID-19	0.5 ml	Moderna	1 o 2	IM		DD DI	Iniciales aquí
Vacuna COVID-19	0.5 ml	Janssen	solo 1	IM		DD DI	Iniciales aquí
Vacuna COVID-19						DD DI	Iniciales aquí

* DD - Deltoides derecho, DI - Deltoides izquierdo, BD - Brazo derecho, BI - Brazo izquierdo

Información de Vacuna

Pfizer: serie de 2 inyecciones a los 0 y 21 días, autorizada para mayores de 16 años

Moderna - Serie de 2 inyecciones a los 0 y 28 días, autorizada para mayores de 18 años

Janssen (Johnson & Johnson) - inyección única (1 dosis), autorizada para mayores de 18 años

Ubicación	A ser llenado por el Administrador	Técnico Vacunador (si aplica)
Nº Corp.:	Iniciales: _____	Iniciales del Vacunador: _____
Domicilio:		Nº de Registro de TX: _____
Ciudad, Estado:	Firma: _____	Firma: _____
	Ubicación de la Clínica _____	
	Fecha de Vacunación: _____ Fecha de siguiente dosis: _____	