

Formularios de consentimiento de vacunación contra el COVID-19

Formulario de vacunación

Información del paciente:

Apellido		Primer Nombre	
Raza		Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano/Haitiano <input type="checkbox"/> No Hispano/Haitiano
Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección			
Ciudad		Estado/Código Postal	
Teléfono		Correo electrónico	

COVID Vaccination History:

Primary Vaccine	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech	<input type="checkbox"/> Janssen (J&J)
1 st Dose Date			
2 nd Dose Date			
Booster Vaccine	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech	<input type="checkbox"/> Janssen (J&J)
Booster Dose Date			

Información del seguro medico del paciente:

Seguro Medico	
Numero del Seguro (Carrier)	
Numero del Grupo	
Nombre del asegurado	
Fecha de Nacimiento del asegurado	
Relación al Paciente	

Revisión de sistemas:

- Si No ¿Te has sentido enfermo(a) recientemente?
 Si No ¿Fiebre?
 Si No ¿Tos?
 Si No ¿Dolor de garganta?
 Si No ¿Dificultad para respirar?
 Si No ¿Dolor de cuerpo?
 Si No ¿Dolor de cabeza?
 Si No ¿Diarrea?
 Si No ¿Pérdida del gusto o del olfato?

Historial médico:

- Si No ¿Prueba COVID positiva en los últimos 14 días?
 Si No ¿Alergia a medicamentos / látex?
 Si No ¿Llevas un EpiPen?
 Si No ¿Inmunodeprimido?
 Si No ¿Inmunosuprimido?
 Si No ¿Trastorno hemorrágico?
 Si No ¿Diluyente sanguíneo?

Formularios de consentimiento de vacunación contra el COVID-19

Formulario de vacunación

Declaración de certificación para la autorización:

- Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años; (b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 5 años; o (c) autorizado para dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento al Madison County Memorial Hospital (MCMH) o sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.
- Entiendo que este producto puede haber sido aprobado o no por la FDA, pero ha sido autorizado bajo una Autorización de uso de emergencia (EUA) para prevenir el SARS-CoV-2 en personas de 5 años de edad o mayores; **y el uso de emergencia de este producto solo está autorizado mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización del uso de emergencia del producto médico bajo la Sección 564 (b) (1) del FD&C Act, a menos que la declaración sea cancelada o la autorización revocada cuanto antes.**
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con recibir la (s) vacuna (s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y / o me han explicado la EUA Fact Sheet sobre la vacuna COVID-19 que elegí recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que me han aconsejado que permanezca cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo al Estado de Florida, al Departamento de Salud de Florida (DOH), a MCMH y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios y directores. , contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamos, ya sean conocidos o desconocidos, que surjan de, en conexión con o de alguna manera relacionados con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- Reconozco que: (a) Entiendo los propósitos / beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida y (b) MCMH incluirá mi información de vacunación personal en Florida SHOTS y mi información de vacunación personal se compartirá con los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH, MCMH o sus agentes a presentar un reclamo a mi proveedor de seguros o la Parte B de Medicare sin el pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito el pago de los beneficios autorizados en mi nombre a MCMH o sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el cual soy financieramente responsable vence al momento del servicio o si MCMH me factura después del tiempo del servicio, al recibir dicha factura.
- Acuso recibo del Aviso de derechos de privacidad.

Firma del cliente		Fecha	
-------------------	--	-------	--

For the Vaccinator:

Site	Route	Manufacturer of Vaccine Code (MVX)	Expiration Date
LD RD	IM		
Lot Number		National Drug Code (NDC)	EAUFS/VIS Date

Vaccinator Name: _____

Vaccinator Signature	Date
----------------------	------

Qualifying Documents	
----------------------	--