

Formulario de inscripción del receptor y de suministro de la vacuna contra el COVID-19

Nombre completo del receptor: _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____
Dirección de correo electrónico del receptor: _____ No tiene correo electrónico
¿Ya está inscrito en el COVID-19 Vaccine Portal? Sí No
Teléfono de casa: _____ **Teléfono móvil:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Código postal: _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____
Mejor manera de contactarlo: SMS/Mensaje de texto Correo electrónico Ambos Ninguno
Raza del receptor: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco Otro
Origen étnico del receptor: Hispano o latino No hispano o latino
Género del receptor: Masculino Femenino Otro No quiero especificar
¿Cuál es su Grupo De Vacunación?
 Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3 Grupo 4 Grupo 5

<i>Trabajadores de la salud y trabajadores y residentes de un centro de cuidados a largo plazo</i>	<i>Cualquier persona de 65 años o más, independientemente de su estado de salud o situación de vida</i>	<i>Trabajadores esenciales de primera línea</i>	<i>Adultos con mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave</i>	<i>Todos que quieren una segura y efectivo vacuna contra el COVID-19</i>
--	---	---	---	--

Certifico que soy: (a) De al menos 18 años de edad (b) el padre o tutor legal del paciente menor; o (c) el tutor legal del paciente. Además, por la presente firma, doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica autorizado para suministrar la vacuna, según corresponda (cada "proveedor aplicable"), comparta mi información personal, demográfica y de mi estado de salud con el fin de brindarme servicios de vacunación contra el COVID-19.

Firma del receptor _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Verbal Consent for COVID-19 Vaccine Obtained

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

Dose: First Dose Second Dose

Administration Date: ____/____/____

Administration Time: _____

COVID-19 Vaccine Manufacturer: _____

Lot #: _____ **Exp:** ____/____/____

Shot administered by:

Rhonda	Ryanne
Lisa	Kim
Luann	EMT
Christina	Other
Heather	

Vaccine administered by (Clinician Name) _____ **Signature** _____

Vaccinating Clinic Name _____

LAS VACUNAS SON GRATUITAS PARA TODOS, INDEPENDIENTEMENTE DE SI TIENEN SEGURO PRIVADO O GUBERNAMENTAL O NINGÚN SEGURO.

Si tiene su tarjeta de seguro médico con usted hoy, por favor llene la información del seguro medico.

INFORMACIÓN DEL SEGURO/AUTORIZACIÓN PARA FACTURAR

Nombre del seguro: _____ Identificador del asegurado: _____

Número de grupo: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____

Dirección del suscriptor: _____

Autorizo que el pago por parte de un tercero (seguro) y de Medicare/Medicaid se realice en mi nombre al proveedor de atención médica autorizado por los servicios prestados para suministrar la vacuna. Entiendo que mi firma arriba servirá como "firma registrada" legal con el propósito de reclamaciones de seguro/Medicaid y el pago de beneficios al proveedor de atención médica autorizado por los servicios prestados para suministrar la vacuna.