Formulario de consentimiento y evaluación de COVID-19 2022

La compleción de este formulario es obligatorio para todos los que van a ser vacunados. Si no tiene su información de seguro de salud por favor llene la mayor cantidad posible.

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna: * respuestas requeridas

Nombre: (Apellido, Primero, inicial del segundo nombre) *	Fecha de nacimiento: * _____ ____ _____ Mes Día Año	Edad*	Sexo: * Hombre Mujer
Dirección: *			
Ciudad: *	Estado *	Código postal *	Numero de teléfono* ( )

Etnia: *
- Hispano/a o latino/a
- No Hispano/a o latino/a
- Desconocido/a

Raza: *	
• Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska • Asiático/a • Negro/a o afroamericano/a • Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico	• Otra raza • Desconocido/a • Blanco/a

Información sobre el seguro de salud:

Nombre del seguro de salud: *	Número de identificación: *	Número de identificación de grupo: (si disponible)
Número de Medicare:	¿Es Medicare su seguro médico primario? Si No	¿Es el suscriptor retirado? Si No

Información sobre el suscriptor del seguro de salud:

Nombre del suscriptor: (Apellido, primario, inicial del segundo nombre) *	Fecha de nacimiento del suscriptor * _____ ____ _____ Mes Día Año	Sexo: * Hombre Mujer
Dirección del suscriptor: * (si es diferente que la dirección de arriba)		
Ciudad *	Estado *	Código postal *	Número de teléfono: * ( )
Relación del suscriptor al paciente: * Esposo/a Hijo/a Otro _____		

Me dieron una copia y yo he leído (o me explicaron) la Información Sobre el 2021 Vacuna del COVID-19 y entiendo los beneficios y riesgos. Yo doy permiso para recibir la vacuna de COVID-19, para mi compañía de seguro de salud ser cobrada, y para que esa información sea entrada y compartida con el Sistema de Información de Massachusetts Inmunización (Massachusetts Immunization Information System - MIIS).

Provider (Check)	Provider Name/Address	Provider PIN #:
	Town of Grafton, Board of Health, 30 Providence Road, Grafton, MA 01519	14900
	Town of Holden, Board of Health, 1196 Main Street, Town Hall, Holden, MA 01520	22556
	Town of Shrewsbury, Board of Health, 100 Maple Avenue, Shrewsbury, MA 01545	11542
X	City of Worcester, Division of Public Health, 25 Meade Street, Room 200, Worcester, MA 01610	11816

#1) _____ Fecha: _____

(Firma del paciente, padre, o guardián legal)

#2) _____ Fecha: _____

(Firma del paciente, padre, o guardián legal)

	Preguntas para antes de vacunarse: (Por favor completen esta parte antes de venir a la clínica. Esta información va a ser revisada por el vacunador.)	SI	NO	NO SABE
1	¿Tiene alguna pregunta sobre la vacuna de COVID-19 o sobre COVID-19?			
2	¿Está enfermo, se siente enfermo, o tiene una fiebre sobre 100˚F (37.8˚C)?			
3	¿Ha recibido la vacuna de COVID-19 antes? Si lo ha recibido, cuál: _____ Fecha: ___-___-___			
4	En el pasado, ¿ha tenido una relación mala o alérgica a una dosis de la vacuna de COVID-19 o a cualquier otra medicación inyectable?			
5	¿Tiene hemofilia u otro desorden de la sangre o toma alguna medicación anticoagulante?			
6	¿Tiene un sistema inmunológico comprometido (cáncer, una infección de VIH, leucemia, etc)? ¿Toma alguna droga o recibe algún tratamiento inmunosupresor (esteroides, quimioterapia, terapia de radiación, etc)?			
7	¿Está embarazada o dando pecho?			
8	¿Ha tenido una vacuna en los últimos 14 días?			
9	En el pasado, ¿ha sido diagnosticada/o con COVID-19? ¿Si respondió que sí, se recuperó? ¿Recibió terapia pasiva de anticuerpos (monoclonal anticuerpos, suero convaleciente) para tratar COVID-19? Si respondió que sí a la segunda pregunta, espere 90 días después de ese tratamiento para recibir la vacuna.			

****

For Clinic/Office Use Only

Date of Service	Vax Type	Vaccine Mfgr	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	State Supplied	Preserv Free	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On FAQ	Date FAQ Given
#1	COVID19	Pfizer Pedi Pfizer			0.2 0.3	Yes	Yes	IM	R Arm L Arm	01/31/2022 01/31/2022	
#2	COVID19	Pfizer Pedi Pfizer			0.2 0.3	Yes	Yes	IM	R Arm L Arm	01/31/2022 01/31/2022	
#3	COVID19	Adult Only Pfizer Booster			0.3	Yes	Yes	IM	R Arm L Arm	01/31/2022	

Dose #1) Signature of Vaccine Administrator: _____

Dose #2) Signature of Vaccine Administrator: _____