

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PROVEEDORES DE INMUNIZACION COVID-19

Sólo para Proveedores COVID-19 Nombre de la Clínica/Código: _____
 Tipo de ubicación:(clínica, departamento de salud, farmacia etc.,) _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha del Servicio: _____

Persona que Recibe la Vacuna:

Nombre (Legal): _____ Inicial/segundo: ____ Apellido: _____

Fecha de Nac.: /

1. HISTORIA MÉDICA: Complete las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna. Si responde “SÍ”, es posible que no pueda recibir la vacuna COVID-19.

| *Si responde SI y se necesita más orientación consulte el sitio de Pfizer “ www.PfizerMedInfo.com o llame al 1-800-438-1985 para recibir información sobre variaciones de temperatura de la vacuna, eficacia, seguridad, estabilidad dosis, ingredientes de la vacuna, mecanismo de acción y administración. Para obtener una descripción general sobre la vacuna Moderna COVID-19 para Proveedores de Vacunación,, consulte www.modernatx.com or call 1-866-MODERNA. | *SI | NO |
|---|------------|-----------|
| ¿Ha sido vacunado usted contra el COVID-19? Si responde si, ¿fecha? | | |
| ¿Se le ha administrado alguna vacuna en los últimos 14 días? Las vacunas para COVID-19 Pfizer-BioNTech o Moderna deben ser administradas al menos 14 días antes o después de cualquier otra vacuna. | | |
| ¿Ha tenido fiebre hoy? ¿Está enfermo? ¿Tiene usted COVID-19 o está en aislamiento actualmente? ¿Está usted en cuarentena actualmente por una exposición conocida al COVID-19? | | |
| ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa? (reacción anafiláctica) a alguna vacuna, componente de vacuna o terapia con inyección? (incluyendo la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19) como dificultad para respirar, hinchazón en la cara y garganta, ritmo acelerado del corazón, erupción grave en toda la piel, mareos y debilidad. | | |
| ¿Está usted embarazada o planea embarazarse? Las mujeres de este grupo pueden recibir la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19. Una conversación con su proveedor de servicio de salud puede ayudarle a tomar una decisión informada. | | |
| ¿Está usted inmunodeprimido(a) o tiene VIH, cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad de células falciformes, obesidad severa, fuma o tiene diabetes? ¿Está usted recibiendo alguna terapia inmunosupresora? Estas personas bien pueden recibir la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19 a menos que esté contraindicado por otra razón. | | |
| ¿Ha recibido usted anticuerpos monoclonales o plasma de convalescencia como parte del tratamiento de COVID-19? Las vacunas Pfizer-BioNTech or Moderna COVID-19 deben posponerse por lo menos durante 90 días para evitar interferencias entre estos tratamientos y las respuestas inmunitarias inducidas por la vacuna. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • NOTA: Dependiendo del tipo de vacuna, es necesario que deba administrarse la segunda dosis de la vacuna COVID, 21 o 28 días después de la primera vacuna. Consulte su tarjeta de registro de vacunación de COVID-19 para conocer la fecha de administración de la segunda dosis.. Para más información comuníquese con su PCP o su Unidad de Salud Local de ADH en los días 21 ó 28. Guarde su tarjeta de registro de vacunación COVID-19 para sus registros como prueba de la fecha de la primera vacuna. | | |

2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por favor, lea el reverso de este formulario.
 La Notificación Privada del Proveedor está disponible en
 Esta clínica o acompaña este formulario.
 Luego, firme en el cuadro a la derecha

Firme aquí →

Mi firma abajo indica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la sección **2. Autorización y consentimiento** del Formulario de Consentimiento de la Inmunización COVID-19 y la Hoja informativa de Autorización de Uso de Emergencia por el Receptor de la Vacuna (EUA).

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Fecha _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:

- He leído o se me ha explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia por el Receptor de la Vacuna (EUA) sobre los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19. Para leer la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia por el receptor de la Vacuna de cada vacuna, visite el sitio web www.cvdvaccine.com; o también puede visitar la Unidad de Salud Local o un proveedor privado para recibir una copia impresa de la Hoja Informativa EUA. Para leer la Autorización de Uso de Emergencia por el Receptor de la Vacuna de Moderna visite el sitio web <https://www.fda.gov/media/144638/download> or (modernatx.com)
 - Doy mi consentimiento a este proveedor/personal de COVID-19 para que la persona nombrada abajo sea vacunada con la vacuna COVID-19.
 - Por la presente reconozco que he revisado una copia del Aviso de Privacidad del Proveedor.
 - Entiendo que la información sobre vacunación de COVID-19 será incluida en el Sistema de Inmunización de Arkansas (WebIZ)
- A mi asegurador(es):
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) de seguro.
 - Autorizo y solicito el pago de los beneficios medicos directamente a este Proveedor COVID-19.
 - Estoy de acuerdo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque la autorización.
 - Estoy de acuerdo que se puede usar la fotocopia de este formulario en lugar del original.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre (legal): _____ Inicial/segundo: ____ Apellido: _____
 Fecha de Nac: / / Género: Masc. Fem Teléfono #: _____
 Dirección Calle: _____ Apartado Postal _____ Apt. No. _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cod Postal:
 Raza: Blanco Hispano/Latino Negro/Afro-Americano
 Nativo Americano /Nativo Alaska Asiático Nativo Hawaino/Otro Isleño del Pacifico Otro
 Condición del Seguro (Marque el cuadro que corresponda):
 Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro: él mismo Pareja Hijo Otro
 Número Medicaid/ARKids:
 Número Medicare:
 Nombre de la compañía de seguro: _____

Identificación/Póliza #

INFORMACIÓN REQUERIDA AL TITULAR DE LA PÓLIZA:

Nombre (legal) : _____ Inicial/Segundo: ____ Apellido: _____
 Fecha de Nac. Del Titular : / / Correo electrónico: _____
 Nombre del Empleador del Titular de la Póliza: _____

ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA COVID-19 (Llenado solamente por el personal)

Consulte específicamente la Hoja de información de la Autorización del Uso de Emergencia (EUA) para proveedores COVID-19

| | | | | | |
|---|-------------------------|--|-------------------|---|--|
| Vacuna Ultra-Fría COVID-19 <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech | | Vacuna Congelada COVID-19 <input type="checkbox"/> Moderna | | Vacuna COVID-19 Refrigerada <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Novavax-Matrix-M1 <input type="checkbox"/> Otra Vacuna COVID-19 _____ | |
| Ruta | Código del sitio | Dosis mL | Código MFG | Número de Lote | |
| <input type="checkbox"/> IM | | | | | |

Códigos MFG: PFR=Pfizer, MOD=Moderna, ASZ=AstraZeneca, JSN=Janssen, NVX=Novavax, MSD=Merck

Códigos de sitio: Deltoides Derecho = DD, Deltoide Izquierdo = DI, Pierna Derecha = PD, Pierna Izquierda= PI, Brazo Derecho = BD, Brazo Izquierdo = BI

Firma y Título del administrador de la Vacuna: _____

Fecha de la Administración de la Vacuna: _____ / _____ / _____