

Formulario de consentimiento para la vacuna **contra el COVID-19**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido legal del paciente:	Nombre legal del paciente:	Numero de telefono:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Sexo (Sexo asignado al nacer): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza: (Seleccione uno o más)			
Origen étnico; Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> AS- Asiática/Isleña del Pacífico/Otra <input type="checkbox"/> BL- Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> CH-Chino <input type="checkbox"/> CA- Caucásico (blanco)/mexicano/puertorriqueño <input type="checkbox"/> FI-Filipino <input type="checkbox"/> HA-Hawaisno <input type="checkbox"/> IN- indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> JA- japonés <input type="checkbox"/> NW-Otro –no-blanco <input type="checkbox"/> UN desconosido			
Compañía de seguro o Medicare	ID #:	Grupo# (solo para el seguro médico)	Proveedor primario:	

**Cuestionario de Evaluación para la vacuna**

1. ¿Está usted enfermo actualmente o tiene fiebre alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal con alguna vacuna u otra inyección en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Tiene alguna alergia a Benadryl, solumedrol, epinefrina, polisorbato, polietilenglicol o la ¿Vacuna contra el COVID-19 previa? Por favor liste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Usted ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días? Liste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Usted asido diagnosticado con el COVID-19 en los últimos 90 días? Si es así, ¿recibieron terapia de anticuerpos pasiva o plasma como parte de su tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. En los últimos 3 meses, Usted ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como cortisona, ¿Prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o recibió tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Usted tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Usted tiene algún problema de salud del pulmón, corazón, riñón, enfermedad metabólica (diabetes), síndrome de trombosis-trombocitopenia ¿Asma, un trastorno sanguíneo o hemorrágico, o toma un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Está usted embarazada o tiene posibilidades de quedar embarazada dentro del próximo mes? <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha recibido anteriormente la vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, si, por favor seleccione: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha: _____	
12. ¿Ha tenido una reacción adversa a alguna vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ninguna
13. Si respondió sí a la pregunta 12, ¿la reacción adversa requirió atención médica de emergencia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ninguna

Por favor lea y marque cada una de las siguientes declaraciones y luego firme a continuación.

- Se me ha ofrecido una copia de la hoja informativa sobre la vacuna EUA para la vacuna contra el COVID-19, marcada abajo ya sea si se aceptada o no. He leído o me han explicado la información de la hoja informativa, incluidas las posibles reacciones adversas, los componentes de la vacuna, los posibles riesgos y qué hacer después de la vacuna.
- Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de esta información de vacunación en el Registro de Inmunización de Kansas para mí o en nombre de la persona nombrada arriba.
- Entiendo la importancia de permanecer en la clínica durante 15 minutos después de que yo/ persona nombrada arriba recibamos esta vacuna. Entiendo que existe un mayor riesgo de reacciones alérgicas y episodios sincopales dentro de los primeros 15 minutos después de una vacuna, y si yo/ persona nombrada arriba optamos por salir de la instalación, asumo la responsabilidad por este riesgo.
- Si la persona nombrada arriba es menor de edad, por el presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del menor mencionado. Doy autorización y consentimiento para que Saline County Vaccination Collaboration administre la vacuna contra el COVID-19 al menor mencionado arriba y proporcione evaluación médica y tratamiento durante todo el proceso de la vacuna, incluida la administración de medicamentos y llamar a Servicios médicos de emergencia para transporte al departamento de emergencias más cercano.

Firma de la paciente o padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Staff use only:

VACCINE	DOSE	EXT	SITE	ROUTE	MANUFACTURER	LOT #	EXP DATE
Moderna	0.5 ml. 1 2 3 0.25 ml. B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Moderna		
Pfizer	0.3 ml. 1 2 3 B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Pfizer		
J & J	0.5 ml. 1 B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Janssen		

Signature and Title of Vaccine Administrator \_\_\_\_\_ Date Given \_\_\_\_\_

NUEVO Y ANUAL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

<b>Nombre legal:</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> /    /
<p><b>Asignación de Beneficios y Autorización Para Revelar Información Médica:</b>                  Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro medico aplicable, se hagan a mí, o en mi favor, a Salina Family Healthcare, por cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a telemedicina y/o teledontología (dentista), proporcionado a mí y/o miembro dependiente de mi familia por mi proveedor medico. Autorizo cualquier quien tenga información medical/dental sobre mí y/o miembro de familia de ser revelada a la División de los Servicios de la Familia, los centros de Seguro Medicare, Medicaid (CMS), del seguro(s) aplicable, y/o de los agentes de estas compañías, y/o de la persona (s) alistada responsable, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o los benéficos para otros servicios relacionados.</p>	
<p><b>Consentimiento Para Inmunización:</b>                  Doy el consentimiento para que mi niño/a reciba todas las inmunizaciones recomendadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Entiendo que esta clínica sigue las guías del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades para el horario, la dosis, y las vacunas particulares en la administración de estas inmunizaciones.</p>	
<p><b>Política de Cuentas Financieras:</b>                  Por mi firma abajo, acuerdo con las Pólizas de la Cuenta Financiera dispuestas por Salina Family Healthcare Center. Una descripción detallada de la póliza de la cuenta financiera está disponible para todos los pacientes, por requisito.</p>	
<p><b>Divulgación de la cobertura de seguro:</b>                  También he revelado toda la cobertura de seguro medico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro medico del tercer partido será considerada fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.</p>	
<p><b>Reconocimiento de servicios:</b>                  Al firmar a continuación, yo reconozco que Salina Family Healthcare Center ofrece un modelo de cuidado integral donde evaluación y consulta de comportamiento de salud será parte del cuidado brindado al paciente – en un ambiente centrado –al paciente.</p>	
<p><b>Responsabilidad y Derechos del Paciente y del Centro:</b>                  Yo reconozco que he recibido una copia de la forma de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro de Saliana family Healthcare Center. Le pedimos a usted reconocer el recibo de este documento, firmando a continuación. Usted debe mantener una copia de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; sin embargo, si desea recibir otra copia usted puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actual de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; estará puesta en nuestra oficina. Yo reconozco que he recibido una copia de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro del centro de mi proveedor médico <u>19 de mayo de 2016</u>.</p>	
<p><b>Aviso de Practicas de Privacidad:</b>                  Mantener la privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Se le ha ofrecido nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Le pedimos que reconozca que recibo este Aviso firmando a continuación. Debe conservar una copia del Aviso; sin embargo, si desea recibir otra copia, puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actualizada de este Aviso se publicará en nuestra oficina y en el sitio web. Reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro efectivo el <u>1 28 de octubre de 2020</u>.</p>	
<p><b>Visitas de televideo:</b>                  Doy mi consentimiento para las visitas de telemedicina, incluyendo las visitas médicas, de salud conductual, dentales, de farmacia y de enfermería. Acepto utilizar la plataforma de videoconferencia para sesiones virtuales.                  * Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y las copias de su registro médico se aplican con esta consulta de telemedicina. Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal de Kansas se aplican a la información divulgada durante esta consulta / cita de telemedicina. Puede retener o retirar su consentimiento para la consulta o cita de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir cuidado o tratamiento en el futuro, ni correr el riesgo de perder o retirar beneficios de cualquier programa a los que de otro modo tendría derecho. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante la consulta, cita o servicio.</p>	
<b>Firma del Padre/guardián legal:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>