

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza: Asiático Negro Nativo Americano Isleño del Pacífico Blanco Otro Etnicidad: Hispano No-Hispano

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Usted tiene seguro? No Si

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que usted no debería recibir la inyección de inmunización para el COVID.

Contestar "si" a cualquier pregunta no evitará que usted sea vacunado. Significa que se le harán preguntas adicionales. Si una pregunta no esta clara, por favor pídale a un proveedor de cuidado de salud que le explique.

Ha recibido la persona a ser vacunada en algun momento una inyección para el COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si la respuesta es si, fecha: _____ Tipo/ Marca de vacuna para el COVID _____
Tiene la persona a ser vacunada alguna alergia a medicamentos, comida, vacuna, o latex?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Enliste todas las alergias: _____
Ha tenido en algun momento la persona a ser vacunada una reacción severa a alguna vacuna o terapia inyectable?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Esta la persona a ser vacunada enferma hoy?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tiene la persona a ser vacunada al menos 18 años de edad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Si la respuesta es no, tiene la persona a ser vacunada al menos 16 años de edad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tiene la persona a ser vacunada algun trastorno de sangrado o esta tomando medicamento para diluir la sangre?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Ha recibido la persona a ser vacunada alguna otra vacuna en los ultimos 14 dias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Ha recibido la persona a ser vacunada terapia pasiva de anticuerpos como tratamiento para el COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Opta por no compartir registros de MIIS para vacuna?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Yo he leído, o se me ha explicado, el Emergency Use Authorization (EUA) para la vacuna del COVID-19. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas a mi satisfacción. Yo creo entender los beneficios y riesgos de la

vacuna para el COVID-19 y pido se me ponga la vacuna o a la persona nombrada arriba para la cual yo estoy autorizado (a) a hacer esta petición (padre or guardian).

SE ME HA RECOMENDADO ESPERAR DE 15-30 MINUTOS EN OBSERVACION DESPUES DE RECIBIR MI VACUNA ANTES DE IRME.

Nombre del Padre/Guardian en letra de molde, si es diferente al del cliente:

Firma del Cliente/Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE FARMACIA

Localidad en que fue administrada: _____ Se le proveyo la Hoja de Factores de EUA:

Si No

Fecha de administración de la vacuna: ____/____/____ Fecha en que requiere la segunda dosis: ____/____/____

Fabricante de la vacuna: Moderna o Pfizer Número de Lot: _____

Area de inyección IM: DTD o DTI _____ Dosis: 0.5ml o 0.3ml

Firma y titulo del administrador: _____

Comentarios del que admistró la vacuna:

PELMEDS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO VACUNA COVID-19

196 BEAR HILL ROAD

WALTHAM, MA 02451

PH: 781-966-2700 FAX: 781-890-0234 INFO@PELMEDS.COM

INFORMACIÓN DE SEGURO

Seguro Primario: _____

Nombre del Miembro de Seguro: _____

ID de Medicare: _____

Rx BIN: _____

Rx PCN: _____

Grupo Rx: _____

ID de Miembro: _____

La información arriba es verdadera en mi mejor conocimiento. Si califica, yo autorizo a que se le cobre a mi compañía de seguro médico y se comparta información para procesar mi reclamo.

Yo autorizo a que mis beneficios de seguro médico paguen directamente a Pelham Community Pharmacy INC. D.B.A. PelMeds Pharmacy.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____