

COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

Clinic Use: M12+ M6-11 M<6
JJ Nvx Pf12+ Pf5-11 Pf<5
Dose: 1st 2nd Add'l Bstr 1 Bstr 2

Información sobre la persona que recibirá la vacuna (en letra de imprenta de favor)

Nombre/Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masc. Fem.

Raza: Asiático/a Negro/a Americano/a Nativo/a Isleño del Pacífico Blanco/a Otro/a Etnicidad: Hispánico/a sí no

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Número telefónico: _____ Tiene Medicare o Medicaid? No Sí -Número: _____

Tiene seguro? No Sí Compañía: _____ Póliza/ID#: _____

Indique el nombre del titular de la póliza, la fecha de nacimiento y la dirección, si no es usted: _____

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir una inyección de vacuna COVID. Responder "sí" a cualquier pregunta no impide que se vacune. Significa que se harán preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, pida una explicación a un proveedor de atención médica.

¿Cuántos dosis ha recibido Ud. de la vacuna de COVID-19? 0 dosis 1 dosis 2 dosis 3 dosis 4 dosis

Fecha de 1^a dosis: _____ Fecha de 2^a dosis: _____ Fecha de 3^a dosis: _____ Fecha de 4^a dosis: _____

Tipo/Marca de 1^a dosis: _____ Tipo de 2^a dosis: _____ Tipo de 3^a dosis: _____ Tipo de 4^a dosis: _____

¿Tiene Ud. una inmunosupresión moderada/severa (por ejemplo, tratamiento para cáncer)? No Sí

¿Es alérgica a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? No Sí

Enumere todas las alergias: _____

¿Alguna vez, ha tenido una reacción grave a una vacuna o terapia inyectable? No Sí

¿Está enferma/o hoy? No Sí

¿Tiene un trastorno de sangrado o recibe anticoagulantes? No Sí

¿Tiene una historia de tener miocarditis o pericarditis? No Sí

Al firmar a continuación, presto mi consentimiento a _____ County Public Health Office (PHN) para que me administren las vacunaciones actuales apropiadas para mí. También, he leído o se me han explicado, y entiendo las Declaración(es) de información sobre la vacuna de las vacuna(s), o la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la vacuna(s) que se administrarán hoy. Un profesional de servicios de salud proporcione información y asesoramiento sobre cada vacuna, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. **ME ACONSEJARON QUE ESPERE 15 MINUTOS DE OBSERVACIÓN DESPUÉS DE RECIBIR MI VACUNA ANTES DE SALIR.**

Firma del Cliente: _____ Fecha _____

Autorización de Facturación

Al firmar a continuación, autorizo el PHN a pasarle la factura a mi compañía de seguro médico para la(s) vacuna(s) administrada(s). También autorizo el PHN a divulgar información de salud protegida a mi compañía de seguro médico por los propósitos de pago. Autorizo que los beneficios de seguro médico para la administración de las vacunas se le paguen directamente al PHN.

Firma del Cliente: _____ Fecha _____

Reconocimiento de Recepción del Aviso de las Políticas de Privacidad:

El Aviso de las Políticas de Privacidad explica cómo el Departamento de Salud Pública de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés) podría usar o divulgar su información. Aunque no se incluyen todas y cada una de las situaciones que pudieran presentarse, el WDH tiene la obligación de proporcionar a sus clientes un aviso de las prácticas de privacidad relacionado con la información que nosotros utilizamos, archivamos y compartimos.

Al firmar a continuación, acuso recibo del Aviso de las Políticas de Privacidad:

Firma del Cliente: _____ Fecha _____

COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

Clinic site: _____ **Date of vaccine:** _____ **Date next dose due:** _____

- Dose:** Pfzr 3mcg/0.2ml (6m-4y) Pfzr 10mcg/0.2ml (5-11y) Pfzr 30mcg/0.3ml (12+y) Pfzr BiV. Bstr 30mcg/0.3ml (12+y)
 Pfzr BiV. Bstr 3mcg/0.2ml (6m-4y) (3rd dose of primary series) Pfzr BiV. Bstr 10mcg/0.2ml (5-11y)
- M 25mcg/0.25ml (6m-5y) M 50mcg/0.5ml (6-11y) M 100mcg/0.5ml (12+y) M BiV. Bstr 50mcg/0.5ml (12+yrs)
 M BiV. Bstr 10mcg/0.2ml (6m-5y) M BiV. Bstr 25mcg/0.25ml (6-11y)
- J&J 0.5ml (18+yrs) Nvx 0.5ml (12+yrs) Nvx Bstr 0.5ml (18+yrs)

Site of IM injection: RDT LDT RVL LVL **VIS/EUA Fact Sheet Provided:** Yes No **Lot number:** _____

Signature & title of vaccine administrator: _____

Comments:

Billed WYIR