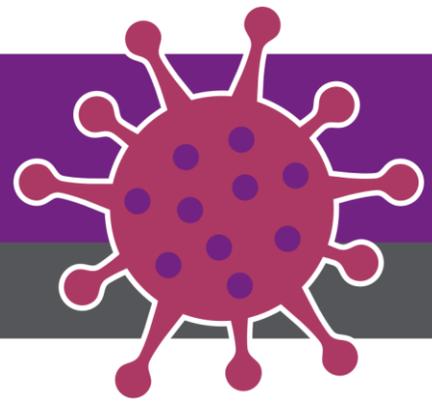


CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19)

This document is part of the **COVID-19 Vaccine Operations
Guidebook**



Audience: COVID-19 Vaccine Task Force

Revision Date: 7/20/22

Version: #6

COVID-19 Response Team Owner: Legal

Date of Last Review: 7/20/22

PROCESS – Part 1 – Registration, Acknowledgement & Consent Form – Spanish version

What's changed:

- Added Novavax vaccine code information.

FORMA DE REGISTRACIÓN, RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO



INSTRUCTIONS: MARCOMM - 1) Please add specific instructions for your patient based on your specific workflow/process. 2) Add HM name and change font color as noted below. 3) A HM logo may be added.

Do not delete any fields or info in the form.

****Por favor traiga este formulario completado a su cita***

Fecha: _____

Nombre del paciente (apellido, nombre, 2^{do} nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Otro No deseo contestar Estado civil: S C D V

Raza (seleccione una): Blanco Negro o Africano Americano Nativo Americano/Alaska Asiático

Desconocido Nativo de Hawái Otro Nativo de la Polinesia Sin respuesta

Etnia (seleccione una): No Hispano/Latinx Hispano/Latinx Desconocido Sin respuesta

Número de seguro social ____ - ____ - ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono principal: (casa/cel) _____ Secundario: (casa/cel) _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (apellido, nombre, 2^{do} nombre): _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ Secundario: _____

Empresa: _____ Ocupación: _____

Teléfono de la empresa: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro médico principal: _____ Fecha de vigencia: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Nombre completo del titular: _____

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

Sexo: M F No binario Desconocido Fecha de nacimiento _____ Seguro social: _____

Seguro médico secundario: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre completo del titular: _____

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

Sexo: M F Otro No deseo contestar Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relación al paciente: _____ Empresa del titular: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la información es verdadera y precisa:

No tengo ningún tipo de seguro médico, incluyendo pero sin limitar a Medicare, Medicaid, o cualquier otro plan de beneficios médicos privado o financiado por el gobierno. Para que el Programa de COVID-19 de la Administración de recursos y servicios de salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna, proporcione un (a) número de seguro social válido, (b) número de identificación estatal y estado de emisión, O (c) número de licencia de conducir y estado de emisión.

Número de seguro social o número de identificación y estado o número de licencia y estado

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Tiene alergia a alguno de los contenidos de esta vacuna, los cuales incluyen polietilenglicol (PEG) o polisorbato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica (severa o inmediata) a alguna vacuna, incluyendo mRNA de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tiene algún trastorno de sangrado o está tomando anticoagulantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Está inmunodeprimido o toma medicamentos que afectan el sistema inmunológico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19 anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Pacientes femeninos:			
a. ¿Está o podría estar embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Está planeando en embarazarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Está amamantando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo por COVID-19 o ha estado expuesto a alguien con COVID-19? (para el personal de salud: ¿ha tenido una exposición de alto riesgo por la que se le ha recomendado cuarentena?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Si ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días, ¿recibió terapia de anticuerpos o tratamiento de plasma de convaleciente para su enfermedad de COVID?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Tiene o ha tenido el síndrome inflamatorio multisistémico (SIM), una afección en la que partes del cuerpo se inflaman?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECONOCIMIENTO

Se me brindó la Hoja de información para recipientes de la vacuna de COVID-19 que estoy recibiendo. He leído o se me ha explicado la información brindada sobre la vacuna. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna y elijo recibirla voluntariamente.

Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna por 15 minutos después de recibirla para ser monitoreado por cualquier posible reacción adversa. Si he tenido reacción severa a la vacuna anteriormente, seré monitoreado por 30 minutos. Entiendo que si experimento efectos secundarios después de retirarme del área de vacunación, debo llamar a mi médico, o si los efectos secundarios son severos, llamaré al 911.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Autorizo la divulgación de mi información personal, de facturación y médica a pagadores de terceros, compañías de seguros o agencias de revisión para el uso en conexión con el pago, incluyendo elegibilidad de pago, cumplimiento normativo o de acreditación o según se requiera para que el proveedor reciba pago o reembolso por la atención. Autorizo y cedo irrevocablemente al administrador de la vacuna el pago de cualquier beneficio pagadero a mí/ los montos pagaderos por la vacuna que reciba.

DIVULGACIÓN DEL EXPEDIENTE

Entiendo que [insert name of ministry] puede ser requerido o puede divulgar voluntariamente mi información médica al médico responsable de este protocolo de información de salud específica de las personas vacunadas por [insert ministry], mi médico de cabecera (si tengo uno), mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y/o registros estatales o federales, para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. También entiendo que [insert ministry], usará y divulgará mi información médica como se establece en el Aviso de Practicas de Privacidad del ministerio (una copia está disponible a pedido).

Acepto que [insert ministry] y sus socios comerciales pueden comunicarse conmigo a través de cualquier número de teléfono proporcionado por mí o asociado con mi historial médico, incluidos los números de teléfono celular, lo que podría resultar en cargos para mí. [insert ministry] también puede comunicarse conmigo enviando mensajes de texto o correo electrónicos, utilizando la información de contacto que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor _____

Fecha: _____

*******SOLO PARA VACUNA DE PFIZER O MODERNA***** PACIENTES DE 6 MEMOS Y 17 AÑOS DE EDAD**

Doy consentimiento para que [insert ministry] dé la vacuna contra COVID-19 de Pfizer o Moderna al paciente identificado arriba. Reconozco que leí este documento como también la Hoja de información para recipientes de la vacuna.

Firma del padre o tutor _____

Fecha: _____

<<<<<< PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO >>>>>>>>>>>>

IIS Additional Data Elements Required to be reported to the CDC

Administered at location (facility name/ID)	Administered at location (type):
Administration Address (including county)	Administration Date:
CVX (Product)	Dose Number
Lot number: unity of use and/or unit of sale	MVX (manufacturer)
Sending Organization	Vaccine administering provider suffix
Vaccine administering site (on the body)	Vaccine Expiration Date
Vaccine route of administration	Vaccine series complete
IIS recipient ID	IIS vaccination event ID

VACCINE CODING INFORMATION (select one)

Manufacturer	Vaccine/ Immunization Product Code	Vaccine/ Immunization Admin Code
Pfizer – for ages 12 and older <input type="radio"/>	91300	0001A (1st dose) <input type="radio"/> 0002A (2nd dose) <input type="radio"/> 0003A (3rd <u>dose</u>) <input type="radio"/> 0004A (<u>Booster dose</u>) <input type="radio"/>
Pfizer – for ages 5-11 <input type="radio"/>	91307	0071A (1st dose) <input type="radio"/> 0072A (2nd dose) <input type="radio"/> 0073A (3rd dose) <input type="radio"/> 0074A (Booster dose) <input type="radio"/>

Pfizer – for ages 6 months – 4 years <input type="radio"/>	91307	0081A (1st dose) <input type="radio"/> 0082A (2nd dose) <input type="radio"/> 0083A (3rd dose) <input type="radio"/>
Moderna – for ages 18 and older <input type="radio"/>	91301	0011A (1st dose) <input type="radio"/> 0012A (2nd dose) <input type="radio"/> 0013A (3rd dose) <input type="radio"/> 0064A (booster) <input type="radio"/>
Moderna – for ages 6 months – 5 years <input type="radio"/>	91311	0111A (1st dose) <input type="radio"/> 0112A (2nd dose) <input type="radio"/>
Novavax – for ages 18 years and older <input type="radio"/>	91304	0041A (1st dose) <input type="radio"/> 0042A (2nd dose) <input type="radio"/>