



Departamento de Salud Pública de Alabama Formulario de administración de vacunas COVID -19 INFORMACIÓN DEL PACIENTE
La guía de detección en el reverso de este formulario debe completarse antes de la administración de la vacuna.

Apellido		Primer Nombre		Inicial	Género
Últimos 4 Números del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad <input type="checkbox"/> AfroAmericano(a) <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	
Dirección			Primer Nombre		
Ciudad	Condado		Estado	Código Postal	
¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / GUARDIANES LEGALES

Apellido		Primer Nombre		Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección postal si es diferente		Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono		Contacto de Emergencia			

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proveedor de seguros (marque uno): <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> SEIB <input type="checkbox"/> PEEHIP <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____					
Número de grupo _____ Fecha de vigencia de la _____			Número de póliza de seguro, Medicaid o número de Medicare póliza _____		
Nombre del suscriptor de la tarjeta	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento del suscriptor:	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	

He leído la Hoja (Emergency Use Authorization) informativa de autorización de uso de emergencia (EUA) o el VIS sobre la vacuna COVID. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID -19. Doy permiso para que el paciente mencionado anteriormente reciba la vacuna indicada. Autorizo el seguro de facturación para la tarifa de administración de vacunas para la vacuna proporcionada. También he recibido notificación de mis derechos de privacidad, y me han dado u ofrecido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Departamento de Salud Pública de Alabama. Entiendo que esta información está disponible bajo petición, así como disponible para su revisión en el momento de la vacunación.

Firma o persona para recibir la vacuna o representante autorizado o Guardián Legal:

Para los niños de 18 años o menos, un padre o guardián legal debe firmar este consentimiento.

X _____ Fecha _____

(FOR CLINIC USE ONLY)

Date Vaccine and EUA/VIS Given	Type and Date of VIS or EUA Fact Sheet 12/2020	Clinical Site	County Code	NCES #
Vaccine Given: <input type="checkbox"/> Moderna 1 st dose <input type="checkbox"/> Admin code 0011A		<input type="checkbox"/> Moderna 2 nd dose <input type="checkbox"/> Admin code 0012A		CPT code 91300
Site Location:	Manufacturer Moderna	Lot Number	NDC # 80777-0273-99	Site of Injection LA RA RT LT
Nurse Signature:				Date