

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNA COVID-19

Esta forma es para ser utilizada SOLAMENTE en pacientes de 12 años y mayores

Revisada 05/12/2021

Dosis #1

Dosis #2

Apellido: _____		Nombre: _____		Inicial: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Nombre de Soltera de la Madre: _____			
<small>Mes / Día / Año</small>		<small>Nombre y Apellido</small>			
Dirección Postal: _____		Ciudad: _____		Estado: <u> </u> NM <u> </u> Zip: _____	
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dirección temporera o no disponible					
Teléfono Durante el Día: _____		Contacto de Emergencia: _____		Relación: _____	
<small>Nombre y Apellido</small>					
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	

INFORMACIÓN DEL SEGURO- Llene la categoría apropiada- REQUERIDO

Centennial Care/Medicaid: <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Presbyterian <input type="checkbox"/> Western Sky		
ID# Política/ Miembro _____	#Centennial Care Medicaid: _____	# Grupo: _____
Medicare Parte B:		
# ID Suscriptor _____	Persona Responsable: _____	FDN de la Persona con la Póliza: _____
<input type="checkbox"/> Núm Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Privado		

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA- REQUERIDAS

Para pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar las vacunas que usted podría estar recibiendo hoy. Si usted contesta "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted no será vacunado/a. Solamente significa que se podrían hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pregúntele a su proveedor del cuidado de la salud que se lo explique.	No	Sí	No sé
1. ¿Está usted enfermo/a hoy?			
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componente en una vacuna, u otros materiales? Por favor enumere: _____ <i>Si hay alergia a la vacuna COVID, no se vacune hasta que los discuta con su proveedor médico, para cualquier otra alergia, monitorea por 30 minutos.</i>			
3. ¿Ha tenido alguna reacción seria después de recibir una vacuna, incluyendo una dosis previa de la vacuna COVID-19?			
4. ¿Tiene un desorden sangrante o está tomando anticoagulantes? <i>En caso afirmativo, por favor esté consciente de posible sangrado/moretos.</i>			
5. ¿Ha dado positivo a COVID-19 en los últimos 10 días? <i>En caso afirmativo, vuelva a programar la vacunación después del aislamiento.</i>			
6. ¿Ha recibido una vacuna COVID-19 en el pasado? <i>En caso afirmativo, asegúrese de la fecha y fabricante para recibir la segunda dosis (de ser indicada).</i>			
7. En los pasados 90 días, ¿ha recibido anticuerpo monoclonal o plasma convaleciente para el tratamiento de COVID-19? <i>En caso afirmativo, consulte con su proveedor: se recomienda volver a programar la vacunación 90 días después del tratamiento.</i>			
8. ¿Tiene usted una condición inmune deprimida o tomando medicamentos por alguna? <i>En caso afirmativo, esté consciente de que la efectividad de la vacuna puede ser limitada.</i>			

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

Se me ha dado y he leído o se me ha explicado, la información para la vacuna en la "HOJA DE DATOS PARA LOS RECIPIENTES Y CUIDADORES". He tenido una oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas para mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que la vacuna marcada debajo me sea dada o a la persona nombrada para quien autorizo a hacer esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho al Departamento de Salud Pública de Nuevo México/División de Salud Pública/ Programa de Inmunización, para los servicios prestados a mí por el Programa. Autorizo que cualquier información de salud mía, sea liberada a los Centros para Servicios Medicare y Medicaid y sus agentes para determinar estos beneficios a ser pagados por servicios relacionados. Autorizo específicamente la liberación de mi número de Medicare u otras pólizas de seguro al Departamento de Salud de NM para permitirle buscar ser reembolsados por los costos de la vacuna y gastos administrativos. A menos que firme una declaración diciendo lo contrario, permito que la información de vacunación sea entrada en el Sistema Estatal de Información de Vacunación de Nuevo México (NMSIIS) y que sea liberada a cualquier otro proveedor del cuidado de la salud, para evitar vacunaciones innecesarias o para cerciorarse del estado de vacunación. Las Políticas de Privacidad DOH están disponibles en <http://nmhealth.org/hipaa.shtml> y serán dadas a todos los pacientes cuando reciban una vacuna.

Firma (Cliente/Guardián): _____	Fecha: _____
---------------------------------	--------------

FOR CLINIC USE ONLY/ PARA USO INTERNO

Vaccine	Lot #	Exp. Date	Site & Route	Date of EUA
COVID-19 Pfizer				
COVID-19 Moderna				
COVID-19 Janssen				
Vaccinator (print name): _____		Signature: _____		Date of Service: _____
Title of Vaccinator: _____		VFC Pin#: _____		Date Fact Sheet Given: _____
Date NMSIIS Entered: _____		Date TransactRx Entered: _____		Notes: _____
Address/location of vaccines given: _____				