

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNA COVID-19

Esta forma es para ser utilizada SOLAMENTE en pacientes de 16 años y mayores

Revisada 03/01/2021

Primera dosis _____

Segunda dosis _____

Apellidos: _____		Nombre: _____		Inicial: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Nombre de Soltera de la Madre: _____			
Mes / Día / Año		Nombre y Apellido			
Dirección Postal: _____		Ciudad: _____		Estado: <u>NM</u> Zip: _____	
Teléfono Diurno: _____		Contacto de Emergencia: _____		Relación: _____	
Nombre y Apellido					
Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Raza: ☐ Indio Americano/ Nativo ☐ Asiático ☐ Americano ☐ Negro/Afroamericano		☐ Otra ☐ Blanco	
		☐ Nativo Hawaiiano/ Isla del Pacífico		Etnicidad : ☐ Hispano ☐ No Hispano	
INFORMACIÓN DEL SEGURO- Llene la categoría apropiada- REQUERIDO					
Centennial Care/Medicaid: ☐ Blue Cross Blue Shield ☐ Presbyterian ☐ Western Sky #ID Póliza/ Miembro _____ #Centennial Care Medicaid: _____ #Grupo: _____ Medicare Parte B: #ID Suscriptor _____ Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento de la Persona con la Póliza: _____ ☐ Sin Seguro ☐ 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 la explique.				No	Sí
1. ¿Está usted enfermo/a hoy?					
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componente en una vacuna, o látex? Por favor enumere: _____ <i>Si tiene alergia a la vacuna COVID, no se vacune; si tiene alguna otra alergia, monitorea por 30 min.</i>					
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave 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. Para las mujeres: ¿Está embarazada o puede que haya la oportunidad de quedar embarazada durante el próximo mes? <i>En caso afirmativo, consulte primero con su médico (OBGYN o atención primaria)</i>					
6. Para las mujeres: ¿Está usted dando pecho (amamantando)?					
7. ¿Recibió usted alguna vacuna en los pasados 14 meses? <i>En caso afirmativo, se recomienda (pero no se requiere) que espere 14 días para recibir la vacuna COVID.</i>					
8. ¿Ha dado positivo a COVID-19 en los últimos 10 días? <i>En caso afirmativo, vuelva a programa la vacunación después del aislamiento.</i>					
9. ¿Ha recibido una vacuna COVID-19 en el pasado? <i>En caso afirmativo, asegúrese de la fecha y fabricante para recibir la segunda dosis (si se indica).</i>					
10. ¿Ha recibido el anticuerpo monoclonal o plasma convaleciente para el tratamiento de COVID en los últimos 90 días? En caso afirmativo, consulte con su médico: se recomienda que vuelva a programar su vacuna 90 días después del tratamiento.					
11. ¿Tiene usted una condición inmunosupresora o tomando medicamentos para 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" (www.fda.gov/media/144414/download). 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 al 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, por los servicios prestados a mí por el Programa. Autorizo que cualquier información mía de salud, 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 pacientes cuando reciben una inmunización.					
Firma (Cliente/Guardián): _____				Fecha: _____	
FOR CLINIC USE ONLY/ PARA USO INTERNO					
Vaccine	Lot #	Exp. Date	Site & Route	Date of EUA	
COVID-19 Pfizer (59267- 1000-02)					
COVID-19 Moderna (80777- 0273-99)					
COVID-19 Janssen (59676-580-15)					
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:					