

Clínica: _____

Fecha de Hoy: _____

Formulario de Vacunación para el COVID-19 ¹⁹ Por favor llene cada espacio con la información del cliente recibiendo servicios.

Información del Cliente				
Nombre (Apellido, Primero, Segunda Inicial)		Sufijo (ej., Jr, III)	Fecha de Nacimiento	Edad†
Dirección		Ciudad	Estado	Código Condado
Número Telefónico ()	<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Identidad de Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	
Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido		
<p>Si el cliente es menor de 18 años, por favor complete la información del tutor</p> <p>Relación del Tutor al Cliente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Yo entiendo que la vacuna para el COVID-19 es una vacuna voluntaria que es administrada bajo el estatus de autorización bajo uso de emergencia y solamente el padre o tutor legal tiene la autoridad de dar consentimiento para que un menor de edad reciba esta vacuna. Al firmar esta forma doy fe de que tengo la autoridad legal para darlo por parte del paciente identificado en la parte superior e indemnizaré al Departamento de Salud del Condado de Oklahoma City contra cualquier desafío a este consentimiento o a mi estatus para legalmente dar consentimiento para esta vacuna.</p> <p>Nombre Escrito del Tutor Legal (Apellido, Primer) _____, _____, _____</p> <p>Numero de ID Estatal o Federal: _____</p>				
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS				
<p>Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el servicio que estoy pidiendo del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH) y sus entidades/contratistas. Yo entiendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los riesgos y beneficios de estos servicios se me explicarán y tendré la oportunidad de hacer preguntas. - La información pertinente a mi persona y de los servicios que reciba se almacenarán en el sistema de gestión de datos de OSDH y podrían usarse para una evaluación programática, gestión y facturación. - Puedo rehusar el servicio en cualquier momento. <p>Yo reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Privacidad del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma como lo requiere la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). También puedo obtener una copia en la página web de la agencia. También reconozco que recibí la hoja informativa para pacientes y proveedores de cuidado médico antes de recibir la vacuna.</p> <p>Firma del Cliente/Tutor: _____ Fecha: _____</p>				

† El Cliente debe ser mayor de los 12 años para poder recibir la vacuna de la marca Pfizer y mayor de 18 para recibir la vacuna Moderna o de Johnson & Johnson.

****Solamente Para Uso Oficial****

Nombre del Cliente (Apellido, Nombre, Segunda Inicial) _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

PARA USO OFICIAL – NO ESCRIBA ABAJO

¿Completó el paciente las preguntas de evaluación del fabricante? S N

Fabricante de la vacuna:	Lugar de la inyección:	¿AUE/Hoja informativa sobre la vacuna? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿reacción? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Número de Dosis: <input type="checkbox"/> 1era <input type="checkbox"/> 2nda
Lote #:	<input type="checkbox"/> Intramuscular deltoides izquierdo		
Fecha de caducidad:	<input type="checkbox"/> Intramuscular deltoides derecho <input type="checkbox"/> Intramuscular vasto lateral izquierdo <input type="checkbox"/> Intramuscular vasto lateral derecho		

¿Vacunación Completa? Completa Rechazada No administrada parcialmente administrada Ningún archivo indicando terminación

Firma del Proveedor:

*AUE = Acuerdo de Uso de Emergencia

Notas de Progreso:
