

COVID Vaccine Intake Consent Form/formulario de ingesta de vacuna covid

Form 1 of 2 to be completed/Formulario 1 de 2

Patient Information/Información del paciente

Last Name/APELLIDO _____ First Name/NOMBRE _____

Date of Birth/FECHA DE NACIMIENTO _____ Age/EDAD _____ Gender/GÉNERO _____

Address/DIRECCIÓN _____ City/CIUDAD _____ State/ESTADO _____ Zip/CODIGO POSTAL _____

Primary Care Provider (PCP) Name/NOMBRE DE DOCTOR MEDICO _____ PCP Phone Number/TELÉFONO _____

PCP Address/DIRECCIÓN DEL DOCTOR MEDICO _____ City/CIUDAD _____ State/ESTADO _____ Zip/CÓDIGO POSTAL _____

Race: Asian/Asiático Black or African American/Afro-Americano Hispanic/Hispano American Indian/Indio Americano Caucasian/caucásico Two or More/Dos o mas Other/Other:

Ethnicity: Hispanic or Latino Non-Hispanic or Latino/No Latino Decline to State (Unknown)/Declinar

Is this the patient's/Para el paciente es la **first/primera** **second/segunda** **third/tercera** dose of the COVID-19 vaccination/dosis de la vacuna Covid-19?

Is the patient immunocompromised?/¿El paciente está inmunodeprimido? **yes/si** **no/no**

Insurance Information: (Please ensure a copy of the patient's insurance card(s) and ID was collected)/Información del seguro: (Asegúrese de obtener una copia de la (s) tarjeta (s) de seguro del paciente y de la identificación)

*Medicare Part A/B ID Number (MBI) **Note:** MBI is required for all patients age 65 and older, or Medicare eligible. Refer to your Medicare Red, White, and Blue card

Medical Insurance/Proveedor de Seguro Médico:

*Medical Insurance Provider *Cardholder ID #

*Group ID

*Payer ID

*Is the patient the primary cardholder?/ Yes No

***If no**, include primary cardholder's DOB

*Es el paciente el titular principal de la tarjeta Si No

*si la respuesta es no, incluya la fecha de nacimiento del titular de la tarjeta principal.

***If uninsured, you must check the box below to attest that the following information is true and accurate/Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa:**

I do not have any insurance, including but not limited to Medicare, Medicaid or any other private or government-funded health benefit plan./No tengo ningún seguro, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno.

In order to have your vaccine administration fee paid for by the United States Health Resources & Services Administration's COVID-19 Program for Uninsured Patients, please provide either (a) a valid Social Security number, (b) state identification number and state of issuance, OR (c) a driver's license number and the state of issuance./Para que el programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna para pacientes sin seguro, proporcione (a) un número de seguro social válido, (b) un número de identificación estatal y el estado de emisión, O (c) un número de licencia de conducir y el estado de emisión.

*Social Security Number/Seguro Social or/o State Identification Number & State/Estado y número de identificación del estado or/o Driver's License Number & State/Número y estado de la licencia de conducir

Potential Contraindications/ Posibles contraindicaciones

1. Are you feeling sick today/Te sientes enfermo/a hoy? Yes/Si No/No Don't know/No se

2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine/Ha recibido una dosis de la vacuna contra Covid-19? Yes/Si No/No Don't know/No se

If yes, which vaccine product? Pfizer Moderna Another product:

Last Name/Apellido

First Name/Nombre

Date of Birth/Fecha de nacimiento

Potential Contraindications/ Posibles contraindicaciones
continued/continuado

DON'T

YES NO KNOW

Yes/Si	No/No	Don't know/ No se
--------	-------	-------------------

3. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) in the past?
Example: a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen®, or for which you had to go to the hospital?/ 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) en el pasado? Ejemplo: ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?

Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine?/¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna COVID-19?

Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or injectable medication?/ ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable?

Was the severe allergic reaction related to receiving Polyethylene Glycol or products containing Polyethylene Glycol?/ ¿La reacción alérgica grave estuvo relacionada con recibir polietilenglicol o productos que contienen polietilenglicol?

Was the severe allergic reaction related to receiving Polysorbate or products containing Polysorbate?/ ¿La reacción alérgica grave estuvo relacionada con la recepción de polisorbato o productos que contenían polisorbato?

4. Have you received monoclonal antibodies or convalescent plasma as part of a COVID-19 treatment in the past 90 days?/¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia como parte de un tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días?

5. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?/¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?

CONSENT FOR SERVICES: I have been provided with the Vaccine Information Sheet(s) or patient fact sheet corresponding to the vaccine(s) that I am receiving. I have read the information provided about the vaccine I am to receive. I have had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of vaccination and I voluntarily assume full responsibility for any reactions that may result. I also release Nava Segall MD SC and it's officers, directors, employees, from all liability including acts of omission or commission, resulting, or arising from my receipt of this vaccine. I understand that I should remain in the vaccine administration area for 15 minutes after the vaccination to be monitored for any potential adverse reactions. I understand if I experience side effects that I should do the following: call pharmacy, contact doctor, call 911. I request that the vaccine be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request./ **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS:** Se me ha proporcionado la (s) hoja (s) de información de la vacuna o la hoja de datos del paciente correspondiente a la (s) vacuna (s) que estoy recibiendo. He leído la información

proporcionada sobre la vacuna que voy a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacunación y asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar. También libero a Nava Segall MD SC y a sus funcionarios, directores y empleados de toda responsabilidad, incluidos los actos de omisión o comisión, que resulten o se deriven de mi recepción de esta vacuna. Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos después de la vacunación para ser monitoreado por posibles reacciones adversas. Entiendo que si experimento efectos secundarios debo hacer lo siguiente: llamar a la farmacia, contactar al médico, llamar al 911. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

AUTHORIZATION TO REQUEST PAYMENT: I do hereby authorize Nava Segall MD SC to release information and request payment. I certify that the information given by me in applying for payment under Medicare or Medicaid, or the HRSA COVID-19 Program for Uninsured Patients, is correct. I authorize release of all records to act on this request.

I request that payment of authorized benefits be made on my behalf./

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL PAGO: Por la presente autorizo a Nava Segall MD SC a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago de Medicare o Medicaid, o del Programa HRSA COVID-19 para pacientes sin seguro, es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para actuar sobre esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

DISCLOSURE OF RECORDS: I understand that Nava Segall MD SC may be required to or may voluntarily disclose my health information to the physician responsible for this protocol of specific health information of people vaccinated at Nava Segall MD SC (if applicable), my Primary Care Physician (if I have one), my insurance plan, health systems and hospitals, and/or state or federal registries, for purposes of treatment, payment or other health care operations (such as administration or quality assurance). I also understand that Nava Segall MD SC will use and disclose my health information as set forth in the Nava Segall MD SC Notice of Privacy Practices (copy is available in office)/Nava Segall MD SC (if applicable), my Primary Care Physician (if I have one), my insurance plan, health systems and hospitals, and/or state or federal registries, for purposes of treatment, payment or other health care operations (such as administration or quality assurance). I also understand that Nava Segall MD SC will use and disclose my health information as set forth in the Nava Segall MD SC Notice of Privacy Practices (copy is available in office)/ **DIVULGACIÓN DE REGISTROS:** Entiendo que es posible que Nava Segall MD SC deba divulgar voluntariamente mi información de salud al médico responsable de este protocolo de información de salud específica de las personas vacunadas en Nava Segall MD SC (si corresponde), mi médico de atención primaria (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 (como administración o control de calidad). También entiendo que Nava Segall MD SC usará y divulgará mi información médica como se establece en el Aviso de prácticas de privacidad de Nava Segall MD SC (copia disponible en la oficina) Nava Segall MD SC (si corresponde), mi médico de atención primaria (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 (como administración o control de calidad). También entiendo que Nava Segall MD SC usará y divulgará mi información médica como se establece en el Aviso de prácticas de privacidad de Nava Segall MD SC (copia disponible en la oficina)

X

Signature of Patient or Parent/Guardian of Minor Patient/ Firma del paciente o padre/tutor del paciente menor

Phone Number/ Número de teléfono

Date/Fecha