

COVID-19: Formulario de consentimiento para la persona responsable



Información sobre el paciente o el residente

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
SSN* (Social Security Number, Número de seguridad social) o licencia para conducir		Nombre del proveedor de atención primaria	
(PCP, Primary Care Provider)	Teléfono del PCP	Fax del PCP	
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Se necesitan el SSN y el estado de residencia, o la identificación del estado/licencia para conducir, para verificar la elegibilidad del paciente. En caso de no presentar el SSN y el estado de residencia, o la identificación del estado/licencia para conducir, el paciente deberá confirmar que usted intentó registrar esta información antes de presentar un reclamo y que el paciente no tenía dicha información al momento de la prestación del servicio, o que usted no tuvo contacto directo con el paciente y, por lo tanto, no tuvo la oportunidad de intentar registrar esta información. Los reclamos presentados sin el SSN y el

estado de residencia, o la identificación del estado/licencia para conducir, pueden demorar más tiempo para verificar la elegibilidad del paciente.

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS: Me han proporcionado o puedo solicitar la(s) Hoja(s) de información sobre vacunas correspondiente(s) a la(s) vacuna(s) que la persona arriba mencionada recibirá. He leído la información proporcionada sobre la vacuna que la persona está por recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han respondido satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna, y asumo voluntariamente la responsabilidad plena por cualquier reacción que se presente. Comprendo que la persona arriba mencionada debería permanecer en el área de vacunación durante 15 minutos después de recibir la vacuna para que sea controlada a fin de detectar posibles reacciones adversas. Comprendo que, si la persona experimenta efectos secundarios, debería hacer lo siguiente: llamar a la farmacia, a un médico o al 911. Solicito que se administre la vacuna a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a presentar esta solicitud. Solamente para el estado de Georgia: Confirmando que un farmacéutico puede solicitar a la persona mencionada anteriormente el historial clínico y consultar si se ha realizado un examen físico dentro del último año. Los proveedores de atención médica no identificaron afecciones por las que no debería colocarse ninguna vacuna.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR PAGO: Por este medio, autorizo a CVS Pharmacy® (CVS®) a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago a Medicare o Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para llevar a cabo esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS: Comprendo que CVS® puede necesitar divulgar o puede divulgar voluntariamente la información de salud al médico responsable de este protocolo de información médica específica de personas vacunadas en CVS (si corresponde), a un médico de atención primaria (en caso de tener uno), en el plan de seguros, en los sistemas de salud y los hospitales, o los registros estatales o federales, para los fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica (como la administración o el aseguramiento de la calidad). Asimismo, entiendo que CVS usará y divulgará esta información de salud según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CVS (existe una copia a su disposición en la oficina, en línea o puede solicitar una copia en papel a la farmacia). Estado de California únicamente: Acepto en nombre de la parte que represento que el Registro de Vacunación de California (California Immunization Registry, CAIR) comparta la información de vacunación con los proveedores de atención médica, las agencias o las escuelas.

Centros de vacunación: Si se administra la vacuna en un centro de vacunación, comprendo y acepto que se proporcione al coordinador de dicho centro el nombre, y la fecha y la hora de la cita para la colocación de la vacuna.

Si usted es legalmente responsable por el residente arriba mencionado, debe proporcionar lo siguiente:

Nombre de la persona responsable o poder notarial	Parentesco	Fecha
Firma de la persona responsable o poder notarial	Teléfono	