



Informações clínicas

ID da clínica	Nome da clínica	Telefone	Número de rua
Endereço	Cidade	Estado	Código postal

Informações do paciente

Apelido	Nome	Data de nascimento	Gênero
Endereço	Cidade	Estado	Código postal
Nome do Centro de cuidados de saúde primários (PCP)	Número de telefone do PCP	Número de fax do PCP	
Endereço do PCP	Cidade	Estado	Código postal

É residente de uma unidade de cuidados de saúde a longo prazo ou colaborador(a)/pessoal ?

Esta é a primeira ou a segunda dose da vacina COVID-19 tomada pelo paciente?

Informações sobre o seguro de saúde: (Para clínicas no local, agradecemos que seja obtida uma cópia do(s) cartão(ões) de seguro do paciente)

* INDICA CAMPOS OBRIGATÓRIOS

Seguro para medicamentos: Sim Não

*Você é o titular do cartão do seguro?

*Se não, incluir a data de nascimento do titular do cartão

*Nome do plano de seguro de medicamentos *Nº de identificação do portador do cartão de seguro *ID do Grupo RX *BIN *PCN

Campos da Medicare:

Sim Não

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*O paciente tem 65 anos ou mais ou é elegível para o Medicare?

*Medicare Parte A/B ID Número (MBI) **Nota:** O MBI é obrigatório para todos os pacientes com 65 anos ou mais ou elegíveis para Medicare. Consulte o seu cartão Medicare Red, White e Blue

Seguro de saúde:

Sim Não

*Seguradora

*Nº de identificação do titular do cartão

*ID do Grupo

*ID do pagador

*O paciente é o titular do cartão de seguro?

*Se não, incluir a data de nascimento do portador do cartão

*Caso não tenha seguro, marcar a caixa abaixo para atestar que a informação seguinte é verdadeira e exata:

Eu não possuo qualquer seguro, incluindo mas não limitado a Medicare, Medicaid ou outros planos de seguro de saúde, privados ou estatais.

Para que o valor da taxa de administração da vacina seja pago pelo Programa COVID-19 para pacientes sem seguro da Administração de recursos e serviços de saúde dos Estados Unidos, agradecemos que nos forneça ou a) um número de segurança social válido, b) número de identificação estadual e estado do seguro, OU (c) o número de uma carta de condução válida e o estado do seguro.

*Número da segurança social ou Número de identificação estadual e estado ou número da carta de condução e estado

Potenciais contraindicações

	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Sente-se doente hoje?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Já alguma vez recebeu uma dose da vacina da COVID-19? Se sim , qual era o produto da vacina? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Outro produto: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Já alguma vez teve alguma reação alérgica severa (como anafilaxia)? <i>Exemplo: uma reação para a qual recebeu tratamento com epinefrina ou EpiPen®, ou para a qual foi obrigado(a) a procurar um hospital?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A reação alérgica severa ocorreu depois de receber a vacina COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A reação alérgica severa ocorreu depois de receber outra vacina ou um medicamento injetável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A reação alérgica severa esteve relacionada com a administração de polietilenoglicol ou produtos que contenham polietilenoglicol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A reação alérgica severa esteve relacionada com a administração de polissorbato ou produtos que contenham polissorbato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apelido Nome Data de nascimento

Potenciais contraindicações continuação

- | | SIM | NÃO | NÃO SEI |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Recebeu alguma vacina nos últimos 14 dias? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Nos últimos 90 dias, você recebeu anticorpos monoclonais ou plasma convalescente como parte de um tratamento COVID-19? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Potenciais considerações

- | | SIM | NÃO | NÃO SEI |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. Tem algum distúrbio hemorrágico ou está a tomar anticoagulantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Para mulheres, está atualmente grávida ou a amamentar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CONSENTIMENTO PARA SERVIÇOS: Recebi a Ficha(s) de informação da vacina ou Ficha(s) de factos do paciente, que corresponde à(s) vacina(s) que estou a receber. Eu li a informação que me foi entregue sobre a vacina que vou receber. Eu tive a oportunidade de colocar perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Compreendo os benefícios e riscos da vacina e assumo voluntariamente total responsabilidade por reações que possam ocorrer. Compreendo que devo permanecer na zona de administração da vacina durante 15 minutos depois da vacinação, para a monitoração de reações adversas. Compreendo que se sentir efeitos secundários devo fazer o seguinte: telefonar para a farmácia, contactar um médico, telefonar para o 911. Solicito poder receber a administração da vacina, a mim ou à pessoa acima designada para quem estou autorizado a fazer a pedido. Apenas para o estado da Georgia: Confirmo que um farmacêutico perguntou sobre o meu historial médico e se fiz algum exame físico no último ano. Os prestadores de serviços de saúde não identificaram condições que possam implicar que não posso receber a(s) vacina(s).

AUTORIZAÇÃO PARA PEDIDO DE PAGAMENTO: Venho por este meio autorizar a CVS Pharmacy® ("CVS") para revelar informações e solicitar o pagamento. Certifico que a informação que providenciei no pedido de pagamento para a Medicare ou Medicaid, ou para

o Programa de pacientes sem seguro da HRSA COVID-19 está correta. Autorizo a partilha de todos os meu registos para este pedido. Solicito que os pagamentos de benefícios de serviços de saúde que recebi sejam realizados em meu nome.

DIVULGAÇÃO DE REGISTOS: Compreendo que a CVS® pode receber um pedido, ou pode divulgar voluntariamente dados sobre a minha saúde ao médico responsável por este protocolo de informações de saúde sobre pessoas vacinadas na CVS (se aplicável), ao meu médico de cuidados primários (se tiver um), ao meu plano de seguro de saúde, a sistemas de saúde e hospitais e/ou registos federais com o fim de tratar, pagar ou efetuar outras operações de saúde (como administração ou garantia de qualidade). Compreendo também que a CVS vai usar e divulgar as minhas informações de saúde conforme indicado na Notificação de práticas de privacidade da CVS (cópia disponível no local, on-line ou solicitar uma cópia impressa na farmácia). Apenas para o estado da Califórnia: Concordo que a CAIR partilhe meus dados de imunização com os Prestadores de cuidados de saúde, agências ou escolas. Clinicas de vacinação: Se eu estou a receber a vacina numa clínica de vacinação, compreendo que o meu nome, data e hora da marcação da vacina serão entregues ao coordenador de vacinação da clínica.

X

Assinatura do paciente que vai receber a vacina (ou familiar, tutor ou representante autorizado)

Data

Se vai assinar em nome do paciente, você declara que tem autorização para dar o referido consentimento em nome do paciente.

Nome do familiar, tutor ou representante autorizado

Número de telefone

Relação

Para ser preenchido pelo imunizador

Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer	Volume (mL)
			<input type="radio"/> L <input type="radio"/> R	
Lot #	Exp. Date	Route	Site	

If patient's body temperature is 100.4° F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this time.

Patient Temperature

Administering Immunizer Name & Title

Administering Immunizer Signature

To be filled out by immunizer, as required for state immunization registry reporting. Only for states listed.

MS: Check all fields for patients 18 years of age and younger

OK: Check Race and Ethnicity for all patients. Select Next of Kin for patients 18 years of age and younger.

Race: 1 - American Indian or Alaska Native 2 - Asian 3 - Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 4 - Black or African American 5 - White 6 - Other Race

Ethnicity: 1 - Hispanic 2 - Not Hispanic or Latino 3 - Unknown

Next of Kin (18 or younger)

Name Phone Number Relationship

Address

State of NJ only

Prescriber Name Prescriber Address

For CA, MA, MT, NJ, NM, NY, TX (For CA, this indicator means the registry will not share with Universities, Schools or other agencies) **Registry Sharing Indicator:** Yes No